

OP.020.88.25

Zarządzenie
Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
nr 2 PUM w Szczecinie
Nr 88/2025
z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego.

Na podstawie uchwał Rady Społecznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie w sprawie zaopiniowania zmian w regulaminie organizacyjnym szpitala tj. uchwały nr 4/2025 z dnia 14 stycznia 2025 r. oraz uchwały nr 8/2025 z dnia 25 lutego 2025 r. oraz § 11 i § 12 Statutu zarządzam, co następuje:

§ 1

Niniejszym wprowadzam zmianę regulaminu organizacyjnego szpitala, w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zobowiązuję lekarzy kierujących klinikami, oddziałami, zakładami, kierowników przychodni, poradni i pracowni specjalistycznych, kierowników pozostałych komórek organizacyjnych, pielęgniarki oddziałowe/koordynujące oraz osoby pracujące na stanowiskach samodzielnych szpitala do zapoznania podległego personelu z niniejszym zarządzeniem.

§ 3

Z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia traci moc obowiązującą zarządzenie Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie nr 502/2023 z dnia 26 września 2024 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 maja 2025 r.

DYREKTOR
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2
PUM w Szczecinie
dr n. zdr. Małgorzata
DYREKTOR USK-2



UNIWERSYTECKI
SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Wydanie: 14

Data wydania:

25-02-2025


Strona: 1 z 81

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY
UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 2 PUM
W SZCZECINIE**



SPIS TREŚCI

Rozdział I.	POSTANOWIENIA OGÓLNE	str. 3
Rozdział II.	CELE I ZADANIA SZPITALA	str. 5
Rozdział III.	STRUKTURA ORGANIZACYJNA	str. 6
Rozdział IV.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	str. 8
Rozdział V.	PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	str. 11
Rozdział VI.	ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA	str. 17
Rozdział VII.	WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	str. 69
Rozdział VIII.	OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA ORAZ POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI OSÓB ZMARŁYCH W SZPITALU	str. 69
Rozdział IX.	MONITORING POMIESZCZEŃ	str. 74
Rozdział X.	PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	str. 75
Rozdział XI.	ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT I WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ, ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODRĘBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATNOŚCIĄ	str. 76
Rozdział XII.	SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI I KOMÓRKAMI SZPITALA	str. 77
Rozdział XIII.	RODZAJE I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, SPOSÓB JEJ PROWADZENIA, PRZETWARZANIA ORAZ SZCZEGÓŁOWE WARUNKI JEJ UDOSTĘPNIENIA.	str. 78

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 3 z 81


Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
ustanawia się regulamin organizacyjny
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie.

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie (dalej jako „szpital”) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, utworzonym przez Pomorską Akademię Medyczną (obecnie: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie), wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnym publicznym zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000018427.
2. Szpital posiada osobowość prawną.
3. Postanowieniem Sądu Rejonowego w Szczecinie XIII Wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 11 czerwca 2001 r. szpital został wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnym publicznym zakładów opieki zdrowotnej pod numerem KRS 0000018427.
4. Szpital wpisany jest do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod numerem 000000018603.
5. Szpital jest wpisany do Krajowego Rejestru Urzędowego Podmiotów Gospodarki Narodowej REGON pod numerem 000288900.
6. Szpital posiada Numer Identyfikacji Podatkowej 955 - 19 - 08 - 958.
7. Siedzibą szpitala jest Szczecin przy al. Powstańców Wielkopolskich 72.
8. Zasady działania oraz organizację szpitala określają:
 - 1) statut;
 - 2) niniejszy regulamin organizacyjny;
 - 3) obowiązujące przepisy prawne, w szczególności następujące akty prawne: ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 4) regulamin Rady Społecznej;
 - 5) regulamin Rady Klinikistów.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 4 z 81

§ 2

Ilekość w regulaminie organizacyjnym jest mowa o:

- 1) Dyrektorem Naczelnym - należy przez to rozumieć kierownika, o którym mowa w art. 46 i następnym ustawy o działalności leczniczej; Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie;
- 2) jednostkach lub komórkach organizacyjnych - należy przez to rozumieć:
 - a) jednostki lub komórki organizacyjne działalności medycznej (kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, pododdziały, poradnie, pracownie, zakłady);
 - b) komórki organizacyjne działalności ekonomiczno-administracyjnej i technicznej;
 - c) komórki organizacyjne związane z prowadzoną przez szpital działalnością;
- 3) statucie - należy przez to rozumieć statut Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie, nadany przez Senat Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- 4) szpitalu - należy przez to rozumieć podmiot leczniczy Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie;
- 5) zakładzie leczniczym – należy przez to rozumieć wyodrębniony w strukturze organizacyjnej zespół składników majątkowych, za pomocą którego szpital wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;
- 6) ustawie o działalności leczniczej - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 7) zakładzie opieki zdrowotnej - należy przez to rozumieć podmiot leczniczy, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
- 8) regulaminie - należy przez to rozumieć niniejszy regulamin;
- 9) kierownikowi – należy przez to rozumieć lekarza kierującego jednostką organizacyjną lub kierownika danej jednostki lub komórki organizacyjnej szpitala;
- 10) normalnej ordynacji – należy przez to rozumieć udzielanie świadczeń zdrowotnych według harmonogramu obowiązującego w czasie równym 7 h i 35 minut dziennie.

§ 3

Niniejszy regulamin określa w szczególności:

- 1) nazwę szpitala;
- 2) strukturę organizacyjną szpitala oraz jego cele i zadania;
- 3) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 5) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych szpitala;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 5 z 81

- 6) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 7) warunki współdziałania szpitala z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów i ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 8) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28. ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 10) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta na okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenia których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- 11) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością;
- 12) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi szpitala;
- 13) prawa i obowiązki pacjenta;
- 14) obowiązki szpitala w razie śmierci pacjenta;
- 15) sposób monitoringu pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 4


Świadczenia zdrowotne udzielane są w Szczecinie przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 z wyjątkiem świadczeń udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w innym miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych).

ROZDZIAŁ II

CELE I ZADANIA SZPITALA

§ 5

1. Podstawowym celem szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 6 z 81


2. Szpital uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.
3. Szpital może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zleczanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty. Szpital realizuje również zadania na potrzeby obronne państwa wynikające z powszechnego obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Do zadań szpitala należy w szczególności:
 - 1) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysoko specjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez jednostki organizacyjne szpitala;
 - 2) udział w realizacji zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych uczelni oraz innych uczelni i instytucji prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów;
 - 3) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich, pielęgniarskich, słuchaczy szkół medycznych i innych zawodów w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów;
 - 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia;
 - 5) realizacja zadań w zakresie obronności i bezpieczeństwa państwa.
5. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie, al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin, który zapewnia przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: „RODO”) i ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

ROZDZIAŁ III

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§ 6

1. Strukturę organizacyjną szpitala tworzą:
 - 1) zakłady lecznicze podmiotu leczniczego;
 - 2) komórki organizacyjne działalności ekonomiczno-administracyjnej i technicznej;
 - 3) komórki organizacyjne związane z prowadzoną przez szpital działalnością gospodarczą.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 7 z 81

2. Strukturę organizacyjną Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie określa załącznik nr 1 do regulaminu.
3. Jednostki i komórki organizacyjne wchodzące w skład zakładów leczniczych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie określa załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

§ 7

1. Statutowymi organami szpitala są:
 - 1) Dyrektor Naczelny;
 - 2) Rada Społeczna USK-2;
 - 3) Rada Klinikystów USK-2.
2. Dyrektor Naczelny kieruje jednoosobowo działalnością szpitala, w szczególności:
 - 1) ustala plany działalności szpitala;
 - 2) realizuje politykę kadrową;
 - 3) zarządza mieniem szpitala i odpowiada za jego wykorzystanie na realizację zadań statutowych;
 - 4) reprezentuje szpital na zewnątrz;
 - 5) odpowiada za realizację zadań obronnych w szpitalu.

§ 8

1. Rada Społeczna USK-2 jest kolegialnym organem doradczym Dyrektora Naczelnego. Szczegółowy zakres zadań Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej, statut szpitala oraz regulamin Rady.
2. Rada Klinikystów USK-2 jest kolegialnym organem pomocniczym i doradczym Dyrektora Naczelnego. Szczegółowy zakres zadań Rady Klinikystów określa statut szpitala oraz regulamin Rady.

§ 9

1. Dyrektor Naczelny zarządza szpitalem przy pomocy:
 - 1) Dyrektora ds. leczenia;
 - 2) Dyrektora ds. leczenia;
 - 3) Dyrektora ds. leczenia;
 - 4) Dyrektora ds. administracyjno-organizacyjnych;
 - 5) Dyrektora ds. technicznych i inwestycji;
 - 6) Dyrektora ds. pielęgniarstwa i położnictwa;
 - 7) Głównego księgowego;
 - 8) kierowników jednostek i komórek organizacyjnych;
 - 9) samodzielnych stanowisk organizacyjnych;



2. Dyrektorowi Naczelnemu podlegają bezpośrednio:

- 1) Dyrektorzy ds. leczenia;
- 2) Dyrektor ds. administracyjno-organizacyjnych;
- 3) Dyrektor ds. technicznych i inwestycji;
- 4) Kierownik Biura Dyrektora Naczelnego:
 - a) asystent Dyrektora Naczelnego;
 - b) specjaliści ds. obsługi kancelaryjnej i elektronicznego zarządzania dokumentacją;
 - c) kierowca;
- 5) Główny księgowy:
 - a) Dział finansowo-księgowy;
 - b) Kasa;
- 6) Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa:
 - a) Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa;
 - b) Zastępca dyrektora ds. położnictwa;
 - c) pielęgniarka środowiskowa/pracownik socjalny;
 - d) centralna sterylizatornia;
 - e) pielęgniarki/położne oddziałowe/koordynujące.
- 7) Dział Zamówień Publicznych;
- 8) Dział BHP i Ppoż.;
- 9) Wydział Kontrolingu, Planowania i Rozwoju:
 - a) Dział inwentaryzacji;
 - b) sekcja budżetowania i kontrolingu;
 - c) sekcja rozliczeń projektów i inwestycji;
 - d) sekcja badań klinicznych;
 - e) specjalista ds. marketingu i promocji;
- 10) Wydział Organizacyjno-Prawny:
 - a) Dział Organizacyjno-Prawny;
 - b) Kancelaria/Punkt Podawczy;
 - c) Archiwum;
- 11) Zespół Radców Prawnych:
 - a) Radcowie Prawni;
 - b) Aplikanci;
- 12) Audytor wewnętrzny;



- 13) Dział Jakości;
 - 14) Inspektor ochrony danych;
 - 15) Inspektor ds. obronnych;
 - 16) Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych;
 - 17) Kapelani szpitalni;
 - 18) Rzecznik prasowy;
 - 19) Inspektor ochrony radiologicznej;
 - 20) Pełnomocnik ds. praw pacjenta;
 - 21) Pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa – koordynator kontroli zarządczej;
 - 22) Koordynator zabiegowy.
3. Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, podlegają bezpośrednio:
- 1) kliniki i oddziały szpitala:
 - a) I Klinika Okulistyki;
 - b) II Klinika Okulistyki;
 - c) Klinika Kardiochirurgii;
 - d) Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym;
 - e) Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt;
 - f) Klinika Położnictwa i Ginekologii;
 - g) Klinika Patologii Noworodka;
 - h) Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
 - 2) Apteka Szpitalna;
 - 3) Dział Epidemiologiczny;
 - 4) Psychologowie kliniczni;
 - 5) Koordynator zespołu transplantacyjnego;
 - 6) Koordynator szpitalny ds. transplantacji;
 - 7) lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią;
 - 8) pracownia serologii transfuzjologicznej z bankiem krwi;
 - 9) lekarz mikrobiolog – przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
 - 10) Zintegrowany Ginekologiczny Blok Operacyjny.
4. Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, podlegają bezpośrednio:
- 1) izby przyjęć, z wyłączeniem Izby Przyjęć Chirurgicznej;
 - 2) zakłady diagnostyczne;
 - 3) przychodnia przykliniczna;



- 4) poradnie samodzielne;
 - 5) dietetycy;
 - 6) Dział Sprzedaży Usług Medycznych;
 - 7) koordynatorzy pakietu onkologicznego;
 - 8) Centralna Pracownia Endoskopii.
5. Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 podlegają bezpośrednio:
- 1) Izba Przyjęć Chirurgiczna;
 - 2) Zintegrowany Blok Operacyjny;
 - 3) Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - 4) Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii;
 - 5) Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej;
 - 6) Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc.
6. Dyrektorowi ds. administracyjno-organizacyjnych podlegają bezpośrednio:
- 1) Dział Kadrowo-Płacowy;
 - 2) Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej – Magazyn;
 - 3) Dział Administracyjno-Gospodarczy;
 - 4) Dział Higieny.
7. Dyrektorowi ds. technicznych i inwestycji podlegają bezpośrednio:
- 1) Dział Techniczny i Inwestycji;
 - 2) Dział Aparatury Medycznej;
 - 3) Wydział Informatyczny i Ochrony Cyberprzestrzeni:
 - a) Dział Informatyczny;
 - b) Dział Ochrony Cyberprzestrzeni;
 - 4) Dział Inspektorów Nadzoru.

ROZDZIAŁ IV

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 10

Szpital prowadzi działalność w rodzaju:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 11 z 81

§ 11

1. Szpital wykonuje świadczenia zdrowotne z zakresu:
 - 1) kompleksowej, stacjonarnej i całodobowej opieki medycznej w ramach prowadzonych przez szpital klinik i oddziałów;
 - 2) doraźnej całodobowej pomocy medycznej w ramach izb przyjęć;
 - 3) udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych pacjentom w ramach jednostek i komórek organizacyjnych szpitala;
 - 4) prowadzenia kształcenia kadr medycznych.
2. Szpital prowadzi działalność w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnych z nazwą i zakresem działania swoich poszczególnych komórek i jednostek organizacyjnych wyszczególnionych w rozdziale VI niniejszego regulaminu.

ROZDZIAŁ V

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Cześć 1. – zgłoszenie się pacjenta do Szpitala

§ 12


1. Pacjent zgłaszający się do szpitala kierowany jest do jednej z izb przyjęć.
2. Izby przyjęć działają przez całą dobę przez 7 dni w tygodniu.

§ 13

1. Zadaniem izby przyjęć jest rozpoznanie potrzeby hospitalizacji u zgłaszających się pacjentów, w tym badanie stanu zdrowia pacjentów zgłaszających się do szpitala, a w razie potrzeby przeprowadzanie badań diagnostycznych.
2. W razie potrzeby izba przyjęć zapewnia pacjentom, którzy nie mogą o własnych siłach udać się na badanie diagnostyczne, pomoc pielęgniarki i wózek do transportu.
3. Pacjentom niezakwalifikowanym do leczenia stacjonarnego udzielane są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w tym m. in.: badania i porady lekarskie oraz inne wskazane ze względu na aktualny stan pacjenta.

§ 14

1. Pacjent zostaje przyjęty do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza. Ze skierowaniem pacjent powinien przedłożyć dokument tożsamości oraz dokument uprawniający do korzystania z bezpłatnych świadczeń. Przed przyjęciem do szpitala lekarz pełniący dyżur w izbie przyjęć zapoznaje się z treścią okazanego mu skierowania.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 12 z 81

- Świadczenia zdrowotne w szpitalu są udzielane bez skierowania w razie wypadków, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji.
- O przyjęciu do szpitala orzeka lekarz pełniący dyżur w izbie przyjęć po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego na hospitalizację.

§ 15

- Jeżeli lekarz w izbie przyjęć stwierdzi potrzebę niezwłocznej hospitalizacji, a z uwagi na brak miejsc w szpitalu nie można przyjąć pacjenta do kliniki/oddziału, należy zapewnić pacjentowi niezbędną doraźną pomoc medyczną oraz przewieźć go do innego szpitala. Transport pacjenta do innego szpitala powinien być poprzedzony uzgodnieniem ze szpitalem przejmującym leczenie.
- Brak miejsc nie jest przeszkodą do przyjęcia pacjenta, jeśli zwłoka w udzieleniu świadczenia narażałaby go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia.

§ 16

Pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia bada się w pierwszej kolejności.

Część 2. – leczenie w klinikach i oddziałach

§ 17


Pacjent przyjęty do leczenia szpitalnego zostaje skierowany do właściwej kliniki lub oddziału.

§ 18

Klinika albo oddział zapewnia możliwość udzielania kompleksowych świadczeń zdrowotnych przez całą dobę, z tym że po godzinach normalnej ordynacji, opieka sprawowana jest przez lekarza lub lekarzy dyżurnych.

§ 19

- Liczbę osób pełniących dyżur medyczny w danym dniu oraz skład osobowy lekarzy dyżurujących ustala lekarz kierujący kliniką, oddziałem lub zakładem.
- Przed objęciem dyżuru lekarz dyżurny zapoznaje się ze stanem zdrowia pacjentów kliniki lub oddziału.
- W czasie dyżuru lekarz dyżurny zobowiązany jest dokonać co najmniej jednego obchodu pacjentów oddziału.
- Po zakończeniu dyżuru lekarz dyżurny informuje lekarza kierującego o przebiegu dyżuru oraz o wszelkich nagłych zdarzeniach zaistniałych w czasie dyżuru.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 13 z 81

§ 20

Po przyjęciu do kliniki albo oddziału pacjent, w razie zaistnienia takiej konieczności, kierowany jest na niezbędne badania diagnostyczne.

§ 21

Lekarze oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną pacjenta, dbając aby wpisy były zgodne z rzeczywistym stanem faktycznym i czytelne.

§ 22

Pacjentom przebywającym w klinice lub oddziale szpital zapewnia:

- 1) świadczenia zdrowotne zgodne z aktualnym stanem wiedzy, udzielane z należytą starannością i wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje medyczne;
- 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne adekwatne do stanu zdrowia;
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 23

Pacjenci ciężko chorzy i pacjenci bezpośrednio po zabiegach operacyjnych powinni mieć zapewnioną indywidualną opiekę pielęgniarską.

§ 24

Informacji o stanie zdrowia pacjenta kliniki albo oddziału udzielają wyłącznie lekarze.

§ 25

1. Wypisanie z kliniki lub oddziału następuje:

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu;
- 2) na żądanie pacjenta, w tym wypadku lekarz zobowiązany jest udzielić pacjentowi informacji o dających się przewidzieć konsekwencjach odstąpienia od leczenia oraz zamieścić w dokumentacji medycznej adnotację o udzieleniu tej informacji pacjentowi;
- 3) gdy pacjent rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób;
- 4) gdy wypisania ze szpitala żąda przedstawiciel ustawowy pacjenta. Lekarz kierujący lub upoważniony przez niego lekarz może odmówić wypisania, gdy stan pacjenta wymaga dalszej hospitalizacji, w tym wypadku o przerwaniu leczenia decyduje sąd opiekuńczy właściwy miejscowo ze względu na siedzibę szpitala.

2. Wypisy planowe dokonywane są w godzinach ustalonych przez lekarza kierującego kliniką lub oddziałem.



O wypisie decyduje lekarz kierujący lub upoważniony przez niego lekarz po uprzednim zapoznaniu się z dokumentacją medyczną wypisywanego pacjenta.

Część 3. – leczenie w poradniach

§ 26

Z poradni zapewniających ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne korzystają pacjenci niewymagający leczenia szpitalnego.

§ 27

Świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są w poradniach przez zatrudnionych tam lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji. Świadczenia zdrowotne udzielane w poradni są zgodne z profilem medycznym danej poradni.

§ 28

1. Poradnie udzielają bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów zarejestrowanych w systemie ubezpieczeń zdrowotnych i posiadających skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a bez skierowania - w przypadkach wymienionych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Osobom nieposiadającym uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych przychodnie udzielają świadczeń zdrowotnych odpłatnie.

§ 29

1. Świadczenia zdrowotne w poradni udzielane są w terminach uzgodnionych z osobą dokonującą rejestracji.
2. Rejestracja pacjentów jest dokonywana osobiście przez pacjenta, przez członków rodziny lub osoby trzecie, może być również zrealizowana telefonicznie, poprzez wiadomość elektroniczną (e-mail) oraz przez zakładkę e-rejestracja.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są według kolejności zgłoszeń, a gdy nie ma możliwości udzielenia ich niezwłocznie, tworzone są listy osób oczekujących na świadczenia. Zasady tworzenia list oczekujących reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 15 z 81

Część 4. – pracownie diagnostyczne

§ 30

Zadaniem pracowni jest wykonywanie badań diagnostycznych i analiz na rzecz pacjentów hospitalizowanych, leczonych w poradniach oraz skierowanych przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą lub zlecających wykonanie badań odpłatnie.

§ 31

Urządzenia i sprzęt, będące na ewidencji medycznych komórek organizacyjnych, powinny być konserwowane i serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta oraz poddawane okresowym kontrolom. Pracownicy zobowiązani są użytkować urządzenia i sprzęt w sposób zgodny z instrukcją obsługi.

§ 32

1. Pacjenci przyjmowani są na badania diagnostyczne i analizy zgodnie z planem pracy pracowni.
2. Informacja o godzinach pracy pracowni jest wywieszana w widocznym miejscu przy wejściu do pracowni.

§ 33

Jeśli istnieją ku temu wskazania medyczne, w szczególności w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, lekarz może zarządzić wykonanie badań bezzwłocznie. Pracownia wykonuje wówczas badanie diagnostyczne poza kolejnością.

§ 34

Wyniki badań wydaje się do kliniki, na oddział, do poradni, do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub pacjentowi osobiście.


Część 5. – bloki operacyjne; koordynator okołoperacyjnej karty kontrolnej

§ 35

Bloki operacyjne są utrzymywane w stałej technicznej i personalnej gotowości do wykonywania zabiegów operacyjnych. Stała gotowość dotyczy zabezpieczenia odpowiedniej ilości instrumentarium zabiegowego, innych urządzeń, bielizny i zaopatrzenia w środki medyczne oraz zabezpieczenia sterylizacji.

§ 36

Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest anestezjolog, za wyjątkiem operacji przeprowadzanych na bloku operacyjnym klinik okulistycznych, gdzie koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz – operator.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 16 z 81

§ 37

Wstęp na salę operacyjną w czasie zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie lekarza wykonującego zabieg operacyjny lub kierownika bloku operacyjnego.

§ 38

1. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego harmonogramu.
2. W uzasadnionych wypadkach mogą być wprowadzane zmiany w harmonogramie. O treści zmian kierownik bloku operacyjnego powiadamia zainteresowane osoby, w tym lekarzy klinik lub oddziałów, którym zmieniono porę zabiegu.


§ 39

Na blokach operacyjnych prowadzona jest dokumentacja wykonanych zabiegów według obowiązujących przepisów.

Część 6. - Zasady wykonywania transportu sanitarnego

§ 40

1. Decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego, na podstawie oceny stanu zdrowia podejmuje lekarz, który stwierdza, czy pacjentowi przysługuje transport sanitarny i czy będzie on bezpłatny, czy też częściowo lub całkowicie odpłatny.
2. Pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
3. Pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego -w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.
4. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością przysługuje ubezpieczonym.
5. Lekarz zlecający transport sanitarny uzgadnia termin transportu; w przypadku transportu częściowo lub całkowicie odpłatnego, lekarz umieszcza stosowną informację na zleceniu.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 17 z 81

6. Szczegółowe zasady korzystania z transportu sanitarnego regulują odrębne przepisy.

ROZDZIAŁ VI

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA

Część 1.

DYREKTORZY

Dyrektorzy ds. leczenia

§ 41

1. Dyrektorzy ds. leczenia realizują podstawową funkcję statutową szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych.
2. Dyrektorzy ds. leczenia podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
3. Dyrektorzy ds. leczenia odpowiadają za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w podległych im komórkach organizacyjnych szpitala oraz prowadzoną przez nich działalność dydaktyczną.
4. Dyrektor ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, odpowiada w szczególności za prowadzenie spraw związanych z tzw. leczeniem otwartym oraz nadzorowanie procesu kształcenia przed- i podyplomowego oraz zastępuje Dyrektora Naczelnego w razie jego nieobecności.
5. Dyrektor ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2, odpowiada w szczególności za organizację udzielania świadczeń medycznych w zakresie leczenia ambulatoryjnego oraz za współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym za kontraktowanie i rozliczanie świadczeń medycznych. Ponadto zastępuje Dyrektora Naczelnego w razie jego nieobecności oraz w razie nieobecności Dyrektora ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
6. Dyrektor ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 3, odpowiada w szczególności za prowadzenie spraw z tzw. leczeniem zabiegowym oraz nadzorowaniem procesu zabezpieczenia anestezjologicznego w szpitalu. Może zastępować Dyrektora Naczelnego w razie jego nieobecności. W czasie nieobecności Dyrektora ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 3, zastępuje go Dyrektor ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
7. Dyrektorzy ds. leczenia ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im jednostki i komórki organizacyjne określone w załączniku nr 1 do niniejszego regulaminu.
8. Do obowiązków Dyrektorów ds. leczenia należą w szczególności:
 - 1) organizacja i koordynacja pracy podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy;



- 2) merytoryczny i funkcjonalny nadzór nad realizacją zadań poprzez kontrolę ich wykonywania przez podległe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy;
 - 3) dokonywanie bieżącej i okresowej analizy wyników działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy;
 - 4) podejmowanie merytorycznych decyzji dotyczących działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do kompetencji Dyrektora Naczelnego;
 - 5) realizacja przyjętej w szpitalu polityki kadrowej w oparciu o zasadę optymalizacji zatrudnienia i racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów kadrowych;
 - 6) przeprowadzanie kontroli dokumentacji medycznej i przedstawianie Dyrektorowi Naczelnemu jej wyników i informacji o realizacji zaleceń pokontrolnych;
 - 7) merytoryczna ocena podległego personelu;
 - 8) tworzenie optymalnych warunków pracy, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych im pracowników;
 - 9) wnioskowanie, analizowanie, zgłaszanie projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań.
9. Dyrektorzy ds. lecznictwa realizują również inne zadania powierzone im imiennie przez Dyrektora Naczelnego.

Dyrektor ds. administracyjno-organizacyjnych

§ 42

1. Stanowisko Dyrektora ds. administracyjno-organizacyjnych obejmuje swoim działaniem:
 - 1) prowadzenie polityki kadrowej, aktualnej struktury i stanu zatrudnienia, dokumentacji pracowniczej oraz spraw związanych z naliczaniem wynagrodzeń i obliczania innych należności pieniężnych;
 - 2) współpracę z radcami prawnymi w zakresie obsługi prawnej wszystkich dziedzin działalności szpitala;
 - 3) zaopatrzenie wszystkich komórek organizacyjnych (oprócz leków i wyrobów farmaceutycznych) oraz prowadzenie gospodarki magazynowej;
 - 4) działalność administracyjno-gospodarczą szpitala.
2. Dyrektor ds. administracyjno-organizacyjnych podlega Dyrektorowi Naczelnemu i stale współpracuje z kadrami kierowniczą szpitala w zakresie realizowanych zadań.
3. Dyrektorowi ds. administracyjno-organizacyjnych podlegają: kierownik Działu Kadrowo – Płacowego, kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego, kierownik Działu Higieny oraz kierownik Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej – Magazyn.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 19 z 81

Dyrektor ds. technicznych i inwestycji

§ 43

1. Stanowisko Dyrektora ds. technicznych i inwestycji skupia w swoim zakresie działania sprawy związane z prowadzonymi inwestycjami, technicznym utrzymaniem obiektów, zabezpieczeniem informatycznym i energetycznym oraz zakupem, utrzymaniem, naprawą, konserwacją i wymaganymi przeglądami urządzeń i aparatury medycznej.
2. Dyrektor ds. technicznych i inwestycji podlega Dyrektorowi Naczelnemu i stale współpracuje z kadłą kierowniczą szpitala w zakresie realizowanych zadań.
3. Dyrektorowi ds. technicznych i inwestycji podlegają: kierownik Działu Aparatury Medycznej, kierownik Działu Technicznego i Inwestycji, kierownik Wydziału Informatycznego i Ochrony Cyberprzestrzeni oraz kierownik Działu Inspektorów Nadzoru w branży budowlanej.

Część 2.

KOMÓRKI MEDYCZNE

Kliniki i Oddziały

§ 44

1. W szpitalu podstawową jednostką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym jest klinika albo oddział.
2. Kliniką kieruje lekarz kierujący podległy bezpośrednio właściwemu Dyrektorowi ds. leczenia. Oddziałem kieruje kierownik oddziału, który jest podległy właściwemu Dyrektorowi ds. leczenia.
3. W klinice albo oddziale może być wprowadzony regulamin wewnętrzny. Wprowadzenie takiego regulaminu wymaga akceptacji lekarza kierującego kliniką albo kierownika oddziału oraz zatwierdzenia przez Dyrektora Naczelnego albo właściwego Dyrektora ds. leczenia.
4. Klinika albo oddział zapewnia możliwość udzielania kompleksowych świadczeń zdrowotnych przez całą dobę, z tym że po godzinach pracy personelu opieka sprawowana jest nad chorymi przez lekarzy dyżurnych.
5. Do zadań kliniki lub oddziału należy w szczególności:
 - 1) diagnozowanie pacjentów zgodnie z zakresem posiadanej wiedzy medycznej;
 - 2) wykonywanie zabiegów operacyjnych - dotyczy głównie oddziałów zabiegowych;
 - 3) leczenie farmakologiczne;
 - 4) prowadzenie rehabilitacji leczniczej;
 - 5) realizacja kompleksowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej zgodnie z możliwościami kliniki;
 - 6) uświadamianie i wdrażanie właściwego postępowania profilaktycznego;



- 7) prowadzenie właściwego gospodarowania lekami i materiałem jednorazowego użytku;
- 8) prowadzenie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości;
- 9) dbanie o dobre imię i prestiż kliniki/oddziału oraz szpitala;
- 10) realizacja zadań obronnych;
- 11) zabezpieczenie rzeczy wartościowych pacjentów oddanych na czas hospitalizacji do depozytu prowadzonego w klinice/oddziale.

§ 45

Do zadań lekarza kierującego kliniką albo kierownika oddziału należy w szczególności:

- 1) decydowanie o sposobie stosowania metod diagnostycznych i o leczeniu pacjentów w klinice/oddziale;
- 2) podejmowanie decyzji o celowości hospitalizacji i terminie wypisu pacjenta z kliniki lub oddziału;
- 3) wnioskowanie o konieczności wykonania sekcji zwłok lub odstąpienia od niej u pacjentów zmarłych w klinice lub oddziale;
- 4) ustalanie zakresu obowiązków lekarzy zatrudnionych w klinice/oddziale;
- 5) ustalanie harmonogramu pracy lekarzy zatrudnionych w klinice/oddziale oraz sporządzanie grafiku dyżurów lekarskich (jeżeli dyżur jest prowadzony);
- 6) nadzorowanie wykonania pracy pozostałego personelu;
- 7) realizacja zadań obronnych w szpitalu we współpracy z inspektorem ds. obronnych.

§ 46

1. Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie chirurgii ogólnej i transplantacji narządów.
2. Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie chirurgii ogólnej i chorób naczyń.
3. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie diagnozowania i leczenia chorób układu moczowego i płciowego.
4. I Klinika Okulistyki wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie leczenia chorób wad narządu wzroku.
5. II Klinika Okulistyki wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie leczenia chorób i wad narządu wzroku dorosłych i dzieci. W skład kliniki wchodzi Oddział Okulistyki Dziecięcej.
6. Klinika Kardiochirurgii wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie operacyjnego leczenia chorób i wad serca. W skład kliniki wchodzi Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiochirurgicznego oraz Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej.



7. Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie chorób układu krążenia. W skład kliniki wchodzi Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, pracownice specjalistyczne, Poradnia Kardiologiczna oraz Ośrodek dzienny rehabilitacji kardiologicznej.
8. Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie chorób kobiecych. Częścią kliniki jest samodzielny Oddział Onkologii Klinicznej.
9. Klinika Położnictwa i Ginekologii wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie położnictwa i perinatologii, opieki nad noworodkiem i wcześniakiem oraz opieki nad noworodkiem w ramach systemu rooming-in. W skład kliniki wchodzi Oddział Patologii Ciąży, Położnictwa i Ginekologii. Klinika Położnictwa i Ginekologii udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej kierując się następującymi zasadami:
 - 1) zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, kierując się zasadą ograniczania interwencji medycznych oraz satysfakcją pacjentek objętych opieką okołoporodową, lekarz kierujący Kliniką Położnictwa i Ginekologii we współpracy z lekarzem kierującym Kliniką Patologii Noworodka ustala wskaźniki opieki okołoporodowej i je monitoruje przy pomocy rejestru oraz anonimowego kwestionariusza oceniającego satysfakcję pacjentek z opieki okołoporodowej.
 - 2) wskaźniki, o którym mowa w pkt 1 obejmują co najmniej, lecz nie wyłącznie, informację na temat:
 - a) pacjentek z pozytywnym doświadczeniem porodu;
 - b) pacjentek otrzymujących opioidy w trakcie porodu;
 - c) nacięć krocza;
 - d) amniotomii;
 - e) indukcji porodu;
 - f) stymulacji czynności skurczowej;
 - g) niemowląt karmionych mlekiem modyfikowanym.
 - 3) wnioski z prowadzonych ustaleń, lekarz kierujący Kliniką Położnictwa i Ginekologii wraz z lekarzem kierującym Kliniką Patologii Noworodka przedstawia Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w §9 ust. 1 pkt 1, nie rzadziej niż raz do roku.
 - 4) Dział Informatyczny nadzoruje gromadzenie danych o zdarzeniach, o których mowa w ust. 12 w systemie informatycznym i udziela informacji o ich występowaniu osobom monitorującym.
10. Klinika Patologii Noworodka prowadzi kompleksowe, specjalistyczne leczenie chorób okresu noworodkowego. W skład kliniki wchodzi: Oddział Neonatologii oraz Bank Mleka Kobięcego.
11. Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych wykonuje świadczenia zdrowotne w dziedzinie nefrologii, transplantologii, dializoterapii oraz chorób wewnętrznych. W skład kliniki wchodzi Ośrodek Dializ.
12. Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrego Zatrucia wykonuje świadczenia zdrowotne w stanach zagrożenia życia w zakresie niewydolności krążeniowo - oddechowej oraz zatrucia.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 22 z 81

13. Kliniki i oddziały, o których mowa w ust. 4-11, podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
14. Kliniki, o których mowa w ust. 1-3 oraz w ust. 12 podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.

Zintegrowany Blok Operacyjny, Zintegrowany Ginekologiczny Blok Operacyjny, Blok Operacyjny Klinik Okulistyki, Blok Operacyjny Klinik Kardiologii

§ 47

1. Zintegrowany Blok Operacyjny podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w §9 ust. 1 pkt 3.
2. Zintegrowany Ginekologiczny Blok Operacyjny oraz Blok Operacyjny Klinik Okulistyki podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
3. W Zintegrowanym Bloku Operacyjnym przeprowadza się zabiegi operacyjne pacjentów:
 - 1) Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii;
 - 2) Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - 3) Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej;
 - 4) Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej.
4. W Bloku Operacyjnym Klinik Okulistyki przeprowadza się zabiegi operacyjne pacjentów I Kliniki Okulistyki i II Kliniki Okulistyki.
5. W Bloku Operacyjnym Klinik Kardiologii przeprowadza się zabiegi operacyjne pacjentów Klinik Kardiologii.
6. W Zintegrowanym Ginekologicznym Bloku Operacyjnym przeprowadza się zabiegi operacyjne pacjentów:
 - 1) Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt;
 - 2) Kliniki Położnictwa i Ginekologii;
 - 3) Kliniki Patologii Noworodka.

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

§ 48

1. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 23 z 81


3. Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej.
4. Do zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej należy w szczególności:
 - 1) pobieranie materiału do badań i wykonywanie podstawowych i specjalistycznych badań laboratoryjnych, organizacja przyjmowania materiału do badań;
 - 2) nadzór nad przepływem informacji o wynikach badań analitycznych pomiędzy jednostkami lub komórkami organizacyjnymi a laboratorium;
 - 3) przestrzeganie obowiązujących regulaminów, procedur i zarządzeń, ze szczególnym uwzględnieniem procedur sanitarnych i epidemiologicznych.

§ 49

1. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej wykonuje badania z zakresu analityki medycznej u chorych leczonych w szpitalu bądź pacjentów skierowanych z lecznictwa ambulatoryjnego, w ramach funkcjonujących pracowni, tj.:
 - 1) pracowni hematologii;
 - 2) pracownia analityki ogólnej;
 - 3) pracowni biochemii;
 - 4) pracowni immunochemii;
 - 5) pracowni koagulologii;
 - 6) pracowni białek;
 - 7) pracowni mikrobiologicznej;
 - 8) pracowni immunologicznej;
 - 9) pracowni HLA;
 - 10) pracowni alergologicznej.
2. Szczegółowy zakres badań pracowni i obowiązków pracowników ustala Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej w porozumieniu z Dyrektorem ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
3. Wymagania dotyczące pomieszczeń Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej oraz ich wyposażenia regulują odrębne przepisy.

§ 50

1. Materiał do badań przyjmowany jest całą dobę.
2. Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej określa sposób pobierania i dostarczania materiału do badań.
3. Materiał do badania pobiera personel właściwej kliniki lub oddziału, ściśle przestrzegając wskazówek Kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej co do sposobu jego pobierania i dostarczania. Wyjątek stanowią badania

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 24 z 81

ustalone przez kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, do których materiał pobiera upoważniony personel zakładu.

4. Materiał od pacjentów ambulatoryjnych pobiera personel Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.
5. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej ma prawo odmówić przyjęcia materiału lub zlecenia w przypadku stwierdzenia niewłaściwego pobrania, niewłaściwej jego ilości, nieodpowiedniego transportu lub nieodpowiedniej dokumentacji (np. niewłaściwe skierowania).

§ 51

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej przyjmuje tylko taki materiał, który został jemu przekazany z właściwie wypełnionym skierowaniem oraz w pojemnikach do tego przeznaczonych, które zostały właściwie opisane (nazwisko, imię i wiek pacjenta oraz podpis pracownika, który pobrał materiał do badania).

§ 52

1. Materiał przesłany do badania stanowi własność Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.
2. Materiał i sprzęt jednorazowy pozostały po wykonaniu badania powinien być niszczone zgodnie z obowiązującymi przepisami, a pojemniki jeżeli nie są jednorazowego użytku dokładnie umyte i odkażone.


§ 53

1. Wyniki badań pacjentów hospitalizowanych powinny być odbierane przez personel klinik lub oddziałów. W przypadku pacjentów leczonych ambulatoryjnie wyniki badań wydawane są bezpośrednio pacjentowi.
2. Odpisy wyników badań pozostają w dokumentacji Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.

Zakład Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej

§ 54

1. Zakład Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
3. Kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
4. Struktura Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej przedstawia się następująco:
 - 1) pracownia radiologii zabiegowej;
 - 2) pracownia ultrasonografii;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 25 z 81

- 3) pracownia mammografii;
 - 4) pracownia tomografii komputerowej;
 - 5) pracownia rezonansu magnetycznego.
5. W pracowni, o której mowa w ust. 4 pkt 1, udzielane są świadczenia medyczne w zakresie przezskórnych zabiegów wewnątrznaczyniowych. W pracowniach wskazanych w ust. 4 pkt 2-5 w ramach diagnostyki obrazowej wykonywane są badania u chorych leczonych w szpitalu bądź skierowanych z leczenia ambulatoryjnego, a także badania odpłatne.
6. Szczegółowy zakres czynności pracowni, o których mowa w ust. 4, ustala kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej w porozumieniu z Dyrektorem ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.

§ 55

1. Aparatura specjalistyczna i inne urządzenia pomocnicze powinny być poddawane okresowej kontroli zgodnie z ustalonym harmonogramem. Każdy przegląd powinien być udokumentowany wpisem do tzw. „paszportu” dołączonego do każdego aparatu.
2. Pomieszczenia pracowni zakładu powinny być należycie zabezpieczone przed wszelkimi wpływami z zewnątrz powodującymi zaburzenia w prawidłowej pracy aparatury specjalistycznej.
3. W pracowniach powinny być wywieszane na widocznym miejscu wyciągi z aktualnych przepisów dotyczących bezpieczeństwa pracy personelu.
4. Pracownie powinny być utrzymane w należyтым porządku i wzorcowej czystości. W pracowniach powinien być przestrzegany reżim sanitarny zgodnie z zaleceniami Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

§ 56

Dokumentacja medyczna pracowni powinna być prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 57

1. Przyjęcia pacjentów w pracowniach odbywają się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy.
2. Dni i godziny przyjęć podaje się do wiadomości oddziałów oraz klinik i ogłasza w formie wywieszki umieszczonej przy wejściu do poszczególnych pracowni.
3. W przypadkach nagłych i niecierpiących zwłoki dopuszcza się odstępstwa od wyznaczonych terminów.

§ 58

1. Każdy pacjent skierowany do badania powinien posiadać skierowanie od lekarza leczącego zawierające niezbędne dane o pacjencie oraz być wpisany do księgi badań pracowni.



2. Lekarz leczący pacjenta w klinice lub oddziale powinien być w kontakcie z lekarzem radiologiem wykonującym badanie, a w razie potrzeby być obecny przy badaniu pacjenta w celu konsultacji wyników i wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości.
3. Pacjentowi leczonemu w klinice lub oddziale zostaje nadany numer archiwalny, który służy do oznaczania i identyfikacji zdjęć radiologicznych.
4. Wyniki badań pacjentów leczonych szpitalnie powinny być odbierane przez personel klinik lub oddziałów, a w przypadku pacjentów leczonych ambulatoryjnie wyniki badań wydawane są bezpośrednio pacjentowi.
5. Odpisy wyników badań pozostają w dokumentacji Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej.

Zakład Patomorfologii

§ 59

1. Lekarz kierujący Zakładem Patomorfologii podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Zakład Patomorfologii udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki materiału tkankowego pobranego w trakcie zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, w szczególności:
 - 1) badań histopatologicznych poszerzonych o badania histochemiczne immunohistochemiczne;
 - 2) badań cytologicznych w tym oceny materiału cytologicznego: z płynów z jam ciała, z biopsji aspiracyjnych cienkoigłowych i oceny cytologii ginekologicznej;
 - 3) badań immunohistochemicznych w celu oceny czynników prognostycznych i predykcyjnych w chorobach nowotworowych;
 - 4) sekcji zwłok pacjentów zmarłych w szpitalu.
3. Lekarz kierujący Zakładem Patomorfologii jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
4. Lekarz kierujący Zakładem Patomorfologii sprawuje nadzór nad pracą techników sekcyjnych.
5. Technicy sekcyjni wykonują czynności związane z obsługą pośmiertną zwłok, w szczególności z przygotowaniem i uczestnictwem w sekcji zwłok, przyjmowaniem i wydawaniem zwłok oraz prowadzeniem dokumentacji związanej z sekcją zwłok.

Przychodnia Przykliniczna

§ 60

1. Kierownik Przychodni Przyklinicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Poradnia Neurologiczna wykonuje świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia chorób układu nerwowego oraz podlega bezpośrednio i organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.



REGULAMIN ORGANIZACYJNY


Wydanie: 14

Data wydania:

25-02-2025

Strona: 27 z 81

3. Poradnia Diabetologiczna wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób metabolizmu oraz podlega bezpośrednio i organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
4. Poradnia Medycyny Pracy wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie badań wstępnych, kontrolnych i okresowych pracowników szpitala oraz podlega bezpośrednio i organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
5. Poradnia Urologiczna wykonuje świadczenia w zakresie diagnozowania i leczenia chorób układu moczowego oraz:
 - 1) podlega bezpośrednio lekarzowi kierującemu Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej;
 - 2) podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
6. Poradnia Endokrynologii wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia gruczołów wydzielania. Podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
7. Poradnia Chirurgii Ogólnej wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii ogólnej oraz:
 - 1) podlega bezpośrednio lekarzowi kierującemu Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - 2) podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
8. Poradnia Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii ogólnej oraz:
 - 1) podlega bezpośrednio lekarzowi kierującemu Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - 2) podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
9. Poradnia Chirurgii Onkologicznej wykonuje świadczenia w zakresie chorób nowotworowych:
 - 1) podlega bezpośrednio lekarzowi kierującemu Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - 2) podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
10. Poradnia Chorób Naczyń wykonuje świadczenie zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób naczyń oraz:
 - 1) podlega bezpośrednio kierownikowi Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii;
 - 2) podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinicznej.
11. Niżej wskazane poradnie podlegają merytorycznie lekarzom kierującym klinikami odpowiadającej danej dziedzinie medycyny, a organizacyjnie podlegają kierownikowi Przychodni Przyklinicznej:
 - 1) Poradnia Leczenia Bólu;
 - 2) Poradnia Ginekologiczna;
 - 3) Poradnia Ginekologii Onkologicznej;
 - 4) Poradnia Badań Prenatalnych;
 - 5) Poradnia Anestezjologiczna;
 - 6) Poradnia Chorób Wewnętrznych;
 - 7) Poradnia Nefrologii.
12. Poradnia Genetyczna:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWEKSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 28 z 81

- 1) podlega merytorycznie Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2;
- 2) podlega organizacyjnie kierownikowi Przychodni Przyklinikcznej;
- 3) udziela porad ambulatoryjnych w zakresie genetycznych chorób nienowotworowych i diagnostyki prenatalnej;
- 4) udziela niektórych świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia niektórych schorzeń onkologicznych.

Poradnie samodzielne

§ 61

1. Poradniami samodzielnymi są:
 - 1) Poradnia Onkologiczna z Punktem Podawania Cytostatyków;
 - 2) Poradnia Alergologiczna.
2. Poradnia Onkologiczna z Punktem Podawania Cytostatyków:
 - 1) podlega Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2;
 - 2) zajmuje się rozpoznawaniem i leczeniem chorób nowotworowych.
3. Poradnia Alergologiczna:
 - 1) podlega Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2;
 - 2) zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem schorzeń w kręgu reakcji alergicznych i niealergicznych.

Centralna Pracownia Endoskopii

§ 62

1. Centralna Pracownia Endoskopii:
 - 1) podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.;
 - 2) udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki endoskopowej przewodu pokarmowego, diagnostyki dróg żółciowych i trzustki oraz endoskopii zabiegowej.
2. Kierownik Centralnej Pracowni Endoskopii podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
3. Kierownik Centralnej Pracowni Endoskopii jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Centralnej Pracowni Endoskopii.

Izba Przyjęć Chirurgiczna

§ 63

1. Izba Przyjęć Chirurgiczna podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.
2. Do zadań Izby Przyjęć Chirurgicznej należy w szczególności:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 29 z 81

- 1) rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) objęcie pacjenta doraźną opieką pielęgniarską i lekarską stosownie do jego stanu zdrowia, w tym wykonanie niezbędnych badań i podanie leków;
- 3) zapewnienie niezwłocznego badania przez lekarza dyżurnego;
- 4) przyjęcie do szpitala i przekazanie do kliniki pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji;
- 5) udzielenie porady i pomocy doraźnej pacjentowi nie zakwalifikowanemu do hospitalizacji;
- 6) prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej.

Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi.

§ 64

1. Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
2. Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi jest bezpośrednim przełożonym i sprawuje nadzór nad czynnościami personelu zatrudnionego w Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi (zwany dalej „Bankiem Krwi”).
3. Specjalistyczny nadzór nad działalnością Banku Krwi sprawuje właściwe regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa tj. Rejonowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie (zwany dalej „RCKiK”).
4. Kierownik Banku Krwi sporządza SOP obowiązujące w banku krwi, które są zatwierdzane przez Dyrektora Naczelnego.
5. Do zadań Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi należy w szczególności:
 - 1) składanie zamówień na krew i jej składniki we właściwym regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, zgodnie z zamówieniami jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala;
 - 2) odbiór krwi i jej składników;
 - 3) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do jednostki lub komórki organizacyjnej szpitala;
 - 4) wydawanie krwi i jej składników do jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala;
 - 5) prowadzenie dokumentacji dotyczącej przychodów i rozchodów krwi i jej składników;
 - 6) sporządzanie sprawozdań dotyczących zużycia krwi i składników krwi i przekazywanie ich do właściwego regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
 - 7) gromadzenie i przekazywanie okresowo (co 3 miesiące) do właściwego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa danych dotyczących niepożądanych reakcji poprzetoczeniowych i niepożądanych zdarzeń, które nie zostały zakwalifikowane jako poważne;
 - 8) całodobowe zaopatrzenie jednostek lub komórek organizacyjnych w krew i jej składniki;



- 9) wykonywanie badań oznaczania grup krwi oraz przeprowadzania próby zgodności;
 - 10) przygotowanie krwi do transfuzji;
 - 11) nadzór nad gospodarką krwią i jej składnikami;
 - 12) prowadzenie właściwej dokumentacji medycznej;
 - 13) przechowywanie zapasów krwi i jej składników na własne potrzeby szpitala;
 - 14) prowadzenie dokumentacji:
 - a) zapewniającej identyfikację dawcy krwi lub jej składników;
 - b) zwrotów składników krwi.
6. Czynności wymienione w ustępie wykonują osoby posiadające co najmniej średnie wykształcenie medyczne i przeszkolone w RCKiK. Nadzór nad działalnością tych osób sprawuje Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi.

Apteka szpitalna

§ 65

1. Apteka szpitalna podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
2. Kierownik apteki szpitalnej jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w aptece szpitalnej.
3. Do zadań apteki szpitalnej należy w szczególności:
 - 1) zaopatrywanie jednostek i komórek organizacyjnych działalności medycznej w niezbędne leki, płyny (produkty lecznicze gotowe i recepturowe), materiały opatrunkowe, środki dezynfekcyjne, nici chirurgiczne, wyroby kosmetyczne, soczewki, odczynniki do pracowni i zakładów (np. pożywki, podłoża, barwniki i inne specjalistyczne);
 - 2) przestrzeganie obowiązujących regulaminów, procedur i zarządzeń ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania receptariusza szpitalnego i dokonywanie jego zmiany;
 - 3) prowadzenie analiz kosztów we wszystkich rodzajach zaopatrywania, w tym leków i środków opatrunkowych;
 - 4) gospodarowanie spirytusem;
 - 5) prowadzenie racjonalnej gospodarki magazynowej ilościowo-wartościowej;
 - 6) sprawdzanie pod względem merytorycznym dokumentów finansowo-księgowych związanych z gospodarką wszystkimi produktami zaopatrywanymi przez aptekę;
 - 7) merytoryczne przygotowanie dokumentacji przetargowych w zakresie działalności apteki;
 - 8) nadzór nad terminowością dostaw i ich zgodnością z zawartymi umowami pod względem ilościowym, wartościowym, jakościowym, przedmiotowym, magazynowym w aptece oraz jednostkach i komórkach organizacyjnych;



- 9) stała analiza stanu zapasów magazynowych, rozchodów i przychodów oraz ich wykorzystania oraz niedopuszczanie do powstawania nadmiernych i nieuzasadnionych zapasów, a zwłaszcza niedopuszczanie do upływu terminów i przydatności do użycia;
- 10) sporządzanie leków recepturowych jałowych i niejaołowych;
- 11) sporządzanie leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych;
- 12) sporządzanie preparatów do żywienia pozajelitowego;
- 13) udział w badaniach klinicznych prowadzonych w szpitalu w zakresie ewidencji oraz sporządzania leków.

Dział Epidemiologiczny

§ 66

1. Dział Epidemiologiczny podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
2. Do zadań Działu Epidemiologicznego należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad dbałością o utrzymanie prawidłowego stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala;
 - 2) prowadzenie na bieżąco monitoringu zakażeń wewnątrzszpitalnych i formułowanie odpowiednich zaleceń.
3. Do zadań pielęgniarki epidemiologicznej należy realizacja zadań związanych z nadzorem sanitarno-higienicznym na terenie szpitala, w szczególności:
 - 1) zapobieganie i kontrola zakażeń;
 - 2) rozpowszechnianie wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom i postępowania w przypadku ich wystąpienia poprzez organizację i prowadzenie szkoleń;
 - 3) pomoc w planowaniu, przeprowadzaniu, koordynacji i nadzorze nad badaniami w tym zakresie;
 - 4) opracowywanie procedur sanitarno-epidemiologicznych;
 - 5) szkolenie personelu w zakresie sanitarno-epidemiologicznym;
 - 6) nadzór i kontrola nad przestrzeganiem procedur sanitarno-epidemiologicznych;
 - 7) potwierdzanie merytoryczne dokumentów finansowo-księgowych wytworzonych w związku wykonywanymi zadaniami.

Psychologowie Kliniczni

§ 67

1. Psychologowie kliniczni podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w §. 9 ust. 1 pkt 1.
2. Do zadań psychologów klinicznych należy opieka psychologiczna nad pacjentami szpitala we współpracy z personelem medycznym.
3. W wykonywaniu czynności zawodowych psychologowie kliniczni realizują zalecenia właściwego Dyrektora ds. leczenia i kierowników klinik i oddziałów.



4. Psychologowie kliniczni biorą udział w procesie diagnostycznym i terapeutycznym przy zastosowaniu metod psychologicznych zgodnych z zasadami wiedzy i etyki zawodowej.
5. Swoje czynności zawodowe psychologowie kliniczni wykonują w trybie konsultacyjnym - na zlecenie lekarzy prowadzących pacjentów, respektując prawo pacjenta do odmowy udzielenia mu świadczenia zdrowotnego, jakim jest konsultacja psychologiczna.
6. Psychologowie kliniczni powstrzymują się od wykonywania czynności zawodowych, jeśli okoliczności zewnętrzne mogą istotnie obniżyć poziom wykonywanej pracy.
7. Psychologowie kliniczni analizują dokumentację medyczną konsultowanych pacjentów.
8. Wynik konsultacji psychologicznej dokumentowany jest w formie załącznika do historii choroby pacjenta. Szczegółowe informacje dotyczące przebiegu konsultacji pozostają w dokumentacji wewnętrznej prowadzonej przez psychologów klinicznych.
9. Wykonywane przez psychologów klinicznych czynności zawodowe zapisywane są w książce raportów czynności psychologa.
10. Psychologowie kliniczni mają obowiązek stałego rozwoju zawodowego - poszerzania wiedzy specjalistycznej i doskonalenia umiejętności w zakresie profesjonalnej pomocy psychologicznej poprzez udział w szkoleniach zawodowych.
11. Informacji dotyczącej całokształtu spraw zawodowych i przebiegu pracy własnej psychologowie kliniczni udzielają na bieżąco właściwemu Dyrektorowi ds. lecznictwa.
12. Psychologowie kliniczni współpracują z pracownikami innych jednostek lub komórek organizacyjnych w procesie diagnostycznym i psychoterapeutycznym.

Dietetycy

§ 68

1. Dietetycy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Dietetycy prowadzą edukację zdrowotną w zakresie zasad prawidłowego żywienia wśród pacjentów; planują, nadzorują i wdrażają żywienie indywidualne, zbiorowe oraz lecznicze wśród pacjentów; prowadzą nadzór nad planowaniem i opracowaniem jadłospisów i potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet zgodnie z obowiązującą klasyfikacją i zasadami żywienia; dokonują analizy jadłospisów dekadowych – oceniając ich zgodność z normami żywienia.
3. Dietetycy nadzorują przebieg procesu produkcji oraz dystrybucji żywności, pod względem jakościowym, sanitarno-higienicznym, sprawuje kontrolę nad działaniem wdrożonych systemów jakości dotyczących usług żywienia oraz prowadzi właściwą dokumentację związaną z jakością i bezpieczeństwem żywienia pacjentów.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 33 z 81

4. Dietetycy współpracują z Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie realizacji umowy na żywienie pacjentów.

Koordinator szpitalny ds. transplantacji

§ 69

1. Koordinator szpitalny ds. transplantacji podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
2. Koordinator szpitalny ds. transplantacji koordynuje i wypełnia zadania w zakresie rekrutacji zmarłych dawców i pobrania narządów; organizuje i prowadzi szkolenia w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych; uczestniczy w kontaktach z personelem jednostek intensywnej terapii współpracujących ze szpitalem.
3. Szczegółowy zakres obowiązków koordynatora szpitalnego ds. transplantacji określa Dyrektor Naczelny w zarządzeniach wewnętrznych.

Koordinator zespołu transplantacyjnego


§ 70

1. Koordinator zespołu transplantacyjnego podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
2. Koordinator zespołu transplantacyjnego organizuje pracę zespołu transplantacyjnego w przypadkach zgłoszenia dawcy narządów i współpracuje z zespołami transplantacyjnymi z innych ośrodków.
3. Szczegółowy zakres obowiązków koordynatora zespołu transplantacyjnego określa Dyrektor Naczelny w zarządzeniach wewnętrznych.

Koordinatorzy pakietu onkologicznego

§ 71

1. Koordinatorzy pakietu onkologicznego podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Koordinatorzy pakietu onkologicznego są odpowiedzialni za koordynację planu diagnostyki i leczenia ustalonego dla pacjenta objętego pakietem onkologicznym.
3. Do zadań koordynatorów pakietu onkologicznego należy w szczególności:
 - 1) udzielanie pacjentowi objętemu pakietem onkologicznym informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem;


Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 34 z 81

- 2) współpraca z kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych szpitala, lekarzami zaangażowanymi w realizację świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta;
- 3) archiwizowanie cyfrowe kart DiLO;
- 4) współpraca z koordynatorami pakietu onkologicznego z innych podmiotów leczniczych;
- 5) zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii.

Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią i jej składnikami

§ 72

1. Za gospodarkę krwią oraz jej składnikami w szpitalu odpowiada lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią i jej składnikami, zwanego dalej „lekarzem odpowiedzialnym za gospodarkę krwią”.
2. Lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią wyznacza Dyrektor Naczelny.
3. Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
4. W przypadku, gdy w szpitalu nie zatrudnia się lekarza specjalisty w dziedzinie transfuzjologii klinicznej, obowiązki lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią powierza się innemu lekarzowi specjalście, który wykonuje czynności w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, w których często przetacza się krew.
5. Do zadań lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad leczeniem krwią i jej składnikami w jednostkach lub komórkach organizacyjnych;
 - 2) planowanie zaopatrzenia szpitala w krew i jej składniki;
 - 3) kierowanie bankiem krwi, jeżeli nie powierzono tej czynności kierownikowi pracowni serologii transfuzjologicznej;
 - 4) nadzorowanie przestrzegania SOP przez Pracownię Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi lub inne jednostki lub komórki organizacyjne szpitala;
 - 5) organizacja wewnętrznych szkoleń lekarzy i pielęgniarek lub położnych w dziedzinie leczenia krwią i jej składnikami w szpitalu oraz szkoleń dla pracowników banku krwi w zakresie zadań określonych w § 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalnością leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia, dalej jako „rozporządzenie”;
 - 6) przekazywanie do instytutu naukowo-badawczego, za pośrednictwem regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa raportów o niepożądanych zdarzeniach i niepożądanych reakcjach;


Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 35 z 81

- 7) sporządzanie i przekazywanie do właściwego centrum rocznych sprawozdań z działalności szpitala w zakresie krwiolecznictwa, nie później niż do dnia 30 stycznia każdego roku, za rok poprzedni;
 - 8) sporządzanie raportów i okresowych sprawozdań z działalności komitetu transfuzjologicznego i przekazywanie ich Dyrektorowi Naczelnemu i właściwemu regionalnemu centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, nie rzadziej niż raz na rok, w terminie do dnia 30 stycznia każdego roku, za rok poprzedni;
 - 9) przygotowuje SOP w porozumieniu z kierownikiem Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi w zakresie gospodarki krwią;
 - 10) przechowuje oryginały SOP oraz oryginały nieaktualnych SOP przez 30 lat.
6. Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią jest zobowiązany do:
- 1) odbywania przeszkolenia w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi wskazanych w art. 4 ust. 3 ustawy o z dnia 22 sierpnia 1997 o publicznej służbie krwi (dalej jako „ustawa”) nie rzadziej niż co 4 lata;
 - 2) brania udziału w kursach i seminariach organizowanych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi wskazanych w art. 4 ust. 3 ustawy;
 - 3) ścisłej współpracy z kierownikiem Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi;
 - 4) ścisłej współpracy z personelem lekarskim i pielęgniarskim i położniczym.

Lekarz mikrobiolog – przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

§ 73

1. Lekarz mikrobiolog – przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1.
2. Lekarz mikrobiolog – przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych podejmuje się udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu z zakresu mikrobiologii, w celu zapewnienia jego pacjentom niezbędnego zakresu świadczeń i kompleksowej opieki.
3. Lekarz mikrobiolog – przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych pełni również funkcję konsultanta do spraw antybiotykoterapii. W ramach funkcji konsultanta do jego obowiązków należy w szczególności:
 - 1) konsultowanie pacjentów wskazanych przez lekarzy kierujących klinikami lub kierowników oddziałów w zakresie leczenia i profilaktyki zakażeń oraz prowadzenie w powyższym zakresie dokumentacji medycznej;
 - 2) prowadzenie działań związanych z racjonalizacją i optymalizacją antybiotykoterapii w klinikach/oddziałach;
 - 3) udział w naradach, konsultacjach, zebraniach naukowo-szkoleniowych z zakresu antybiotykoterapii;
 - 4) udział w opracowywaniu zasad profilaktyki antybiotykowej, schematów leczenia zakażeń oraz receptariusza szpitalnego ze szczególnym uwzględnieniem podziału leków przeciwwzkaźnych na kategorie dostępności;
 - 5) szkolenie personelu szpitala w zakresie zakażeń szpitalnych, racjonalnej antybiotykoterapii i profilaktyki okołoooperacyjnej;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 36 z 81

- 6) analiza zużycia leków przeciwdrobnoustrojowych w klinikach/oddziałach;
- 7) współpraca z pracownią mikrobiologii oraz apteką szpitalną w zakresie antybiotykoterapii.

Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa i komórki organizacyjne oraz stanowiska mu podległe

Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa

§ 74

1. Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa realizuje zadania związane z kompleksową opieką pielęgnacyjną nad pacjentami szpitala.
2. Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
3. Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa realizuje swoje zadania przy pomocy Zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa, Zastępcy dyrektora ds. położnictwa, kierownika centralnej sterylizatorni, pielęgniarek, położnych oddziałowych i koordynujących oraz podległego personelu.
4. Dyrektorowi ds. pielęgniarstwa i położnictwa podlegają bezpośrednio:
 - 1) Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa;
 - 2) Zastępca dyrektora ds. położnictwa;
 - 3) pielęgniarka środowiskowa/pracownik socjalny;
 - 4) centralna sterylizatornia;
 - 5) pielęgniarki/położne oddziałowe/koordynujące (pod względem merytorycznym).
5. Zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień Dyrektora ds. pielęgniarstwa i położnictwa obejmuje w szczególności:
 - 1) organizację i nadzorowanie pracy pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych i rejestratorek medycznych;
 - 2) zarządzanie podległym personelem celem zapewnienia opieki pacjentom szpitala;
 - 3) koordynowanie pracy średniego i niższego personelu medycznego;
 - 4) nadzór nad właściwym i profesjonalnym zapewnieniem pacjentom świadczeń z zakresu opieki pielęgnacyjnej;
 - 5) opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad aktualizacją standardów opieki, profilaktyki i promocji zdrowia oraz jakością pracy podległego personelu, ustalanie odpowiednich norm i wskaźników jakości;
 - 6) nadzorowanie i doskonalenie jakości opieki;
 - 7) kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników obowiązujących w szpitalu procedur, instrukcji, regulaminów i zarządzeń;
 - 8) nadzorowanie procesu doksztalcania średniego i niższego personelu medycznego;


Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 37 z 81

- 9) współpracę z placówkami szkolnictwa zawodowego i organizacja praktyk zawodowych dla podległego personelu medycznego;
- 10) zatwierdzanie rozkładów czasu pracy podległego personelu opracowanych przez pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki koordynujące, położne;
- 11) rozliczanie i kontrolowanie czasu pracy podległego personelu;
- 12) wnioskowanie i wdrażanie rozwiązań merytorycznych i organizacyjnych podnoszących poziom opieki nad pacjentami;
- 13) współpracę z kierownikami klinik, oddziałów, zakładów i innych medycznych jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie realizowanych zadań;
- 14) akceptowanie wniosków urlopowych podległego personelu;
- 15) wykonywanie innych prac zleconych przez przełożonego.

Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa i Zastępca dyrektora ds. położnictwa

§ 75

1. Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa oraz Zastępca dyrektora ds. położnictwa podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. pielęgniarstwa i położnictwa.
2. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa organizuje i realizuje kompleksowe świadczenia pielęgniarstwie.
3. Zastępca Dyrektora ds. położnictwa organizuje i realizuje kompleksowe świadczenia położnicze, pracę opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych.
4. Do zakresu zadań Zastępców dyrektora, o których mowa w niniejszym paragrafie należy w szczególności:
 - 1) nadzorowanie i koordynowanie pracy podległego personelu;
 - 2) na wniosek Dyrektora ds. pielęgniarstwa i położnictwa opiniowanie w sprawach dotyczących:
 - a) planu podziału pracy personelu w klinikach/oddziałach;
 - b) podziału etatów na poszczególne komórki organizacyjne;
 - c) organizowania stanowisk pracy;
 - d) udzielania urlopów (również szkoleniowych);
 - e) wysokości uposażenia personelu, premii, nagród i awansów;
 - 3) kontrolowanie poziomu udzielanych świadczeń medycznych;
 - 4) kontrolowanie stanowisk pracy pod względem przestrzegania przepisów BHP, prowadzenia dezynfekcji i sterylizacji;
 - 5) kontrolowanie bieżącej dokumentacji;
 - 6) prowadzenie monitoringu natężenia bólu u pacjentów operowanych;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 38 z 81

- 7) prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiaru bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami uśmierzania bólu;
 - 8) dokonywanie okresowej oceny skuteczności działań przeciwbólowych i ich wpływu na efekty leczenia;
 - 9) informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego przed zabiegiem;
 - 10) organizowanie i przeprowadzenie szkoleń podległego personelu, w tym z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego.
5. Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa oraz Zastępca dyrektora ds. położnictwa wykonują funkcję kierowniczą poprzez pielęgniarki oddziałowe i pielęgniarki koordynujące.

Pielęgniarka środowiskowa/pracownik socjalny


§ 76

1. Pielęgniarka środowiskowa/pracownik socjalny podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. pielęgniarstwa i położnictwa.
2. Do zadań pielęgniarki środowiskowej/pracownika socjalnego należy współpraca z ośrodkami pomocy społecznej, organami administracji państwowej i samorządowej w zakresie:
 - 1) podejmowania działań mających na celu zapewnienie opieki poszpitalnej osobom jej potrzebującym, w tym noworodkom;
 - 2) pochówku osób samotnych zmarłych w szpitalu;
 - 3) podejmowania działań mających na celu uzyskanie ubezpieczenia zdrowotnego na czas pobytu w szpitalu pacjentów nieubezpieczonych lub nieposiadających ważnego dowodu ubezpieczenia.
3. Pielęgniarka środowiskowa/pracownik socjalny pełni również funkcję koordynatora ds. standardów ochrony małoletnich, którego zakres zadań określa odrębne zarządzenie Dyrektora Naczelnego.

Centralna sterylizatornia

§ 77

1. Centralna sterylizatornia podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. pielęgniarstwa i położnictwa.
2. Kierownik centralnej sterylizatorni podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. pielęgniarstwa i położnictwa.
3. Kierownik centralnej sterylizatorni jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w centralnej sterylizatorni.
4. Do zadań centralnej sterylizatorni należy w szczególności przygotowanie i przeprowadzanie sterylizacji sprzętu, odzieży i materiałów medycznych na potrzeby klinik, oddziałów, pododdziałów, zakładów, poradni i pracowni oraz podmiotów zewnętrznych.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 39 z 81

Część 3.

Główny księgowy i komórki organizacyjne mu podległe

Główny księgowy

§ 78

1. Główny księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Główny księgowy ściśle współpracuje z Dyrektorami ds. lecznictwa, Dyrektorem ds. administracyjno-organizacyjnych i Dyrektorem ds. technicznych i inwestycji, Dyrektorem ds. pielęgniarstwa i położnictwa oraz kierownikami wydziału i działów administracji szpitala.
3. Głównemu księgowemu podlegają bezpośrednio:
 - 1) Dział Finansowo – Księgowy;
 - 2) Kasa.
4. Do obowiązków głównego księgowego należy w szczególności:
 - 1) kierowanie, organizowanie i koordynacja pracy podległego personelu w sposób zabezpieczający prawidłowe, rzetelne oraz zgodne z planem i terminowe wykonywanie zadań podległych komórek i stanowisk pracy;
 - 2) weryfikowanie pod względem formalnym wszelkich dokumentów rodzących skutki finansowe dla szpitala;
 - 3) prowadzenie rachunkowości szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, organizowanie obiegu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
 - a) właściwy przebieg operacji gospodarczych;
 - b) ochronę mienia będącego w posiadaniu szpitala;
 - c) sporządzenie kalkulacji wynikowych kosztów oraz sprawozdawczości finansowej;
 - 4) nadzór nad ewidencją składników majątkowych;
 - 5) kontrola kasy;
 - 6) terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych oraz rozliczeń finansowych;
 - 7) prowadzenie gospodarki finansowej szpitala, w szczególności:
 - a) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
 - b) przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych;
 - c) zapewnienie terminowego ściągania należności;
 - d) przygotowanie dokumentacji źródłowej dla celów dochodzenia roszczeń spornych;
 - 8) zapewnienie prawidłowości spłaty zobowiązań:
 - a) nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków przydzielonych z budżetu państwa np. dotacji lub innych środków będących w dyspozycji szpitala;



- b) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, w szczególności zasad rachunkowości obowiązujących w szpitalu, zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji, instrukcji kasowej;
- c) prowadzenie sprawozdawczości finansowej oraz sporządzanie sprawozdania finansowego półrocznego i rocznego;
- d) ścisła współpraca w zakresie opracowywania projektów planów finansowo-inwestycyjnych z Wydziałem Kontrolingu, Planowania i Rozwoju;
- e) dokonywanie, w ramach kontroli wewnętrznej:
 - wstępnej, bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków;
 - wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów finansowych oraz ich zmian;
 - kontroli operacji gospodarczych szpitala stanowiących przedmiot ewidencji księgowej;
- f) dokonywanie analizy wskaźnikowej funkcjonowania szpitala;
- g) wykonywanie innych zadań o charakterze operacyjnym i strategicznym z zakresu polityki finansowej zleconych przez Dyrektora Naczelnego;
- h) znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa;
- i) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych własnych oraz czuwanie nad ich podnoszeniem przez pracowników;
- j) sporządzanie deklaracji, których złożenie wymagane jest przepisami prawa finansowego i podatkowego lub pokrewnego.

Dział Finansowo - księgowy

§ 79

1. Działem Finansowo-Księgowym kieruje Zastępca głównego księgowego, który jednocześnie pełni funkcję kierownika Działu Finansowo-Księgowego.
2. Zastępca głównego księgowego jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Finansowo-Księgowym.
3. Zastępca głównego księgowego podlega bezpośrednio Głównemu księgowemu.
4. Do obowiązków Działu Finansowo-Księgowego należy w szczególności:
 - 1) sprawdzanie wszystkich dokumentów pod względem rachunkowym i formalnym oraz merytorycznym (dot.: usług medycznych);
 - 2) prowadzenie rejestru wyciągów bankowych i uzgodnienie dowodów księgowych z wyciągami bankowymi;
 - 3) prowadzenie ksiąg analitycznych raportów kasowych;



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Wydanie: 14

Data wydania:

25-02-2025

Strona: 41 z 81

- 4) sporządzanie przelewów;
- 5) sprawdzanie zasadności obciążeń odsetkami;
- 6) wystawianie faktur, not obciążeniowych i ich rejestrowanie;
- 7) właściwe zabezpieczenie przechowywanych dokumentów;
- 8) prowadzenie ewidencji:
 - a) środków płatniczych przechowywanych w Kasie;
 - b) środków płatniczych lokowanych;
 - c) papierów wartościowych przeznaczonych do obrotu;
 - d) innych środków pieniężnych;
 - e) kredytów bankowych;
 - f) weksli;
 - g) rozrachunków z kontrahentami krajowymi i zagranicznymi;
 - h) roszczeń i rozliczeń szpitala dotyczących działalności podstawowej, inwestycyjnej i socjalnej;
- 9) księgowanie na kontach zespołu rozrachunków, wynikających z należności i zobowiązań z tytułu:
 - a) dostaw, robót i usług na rzecz działalności podstawowej i socjalnej rozliczonych z odbiorcami i dostawcami;
 - b) zaciągniętych pożyczek;
 - c) dostaw, robót i usług na rzecz działalności inwestycyjnej;
 - d) rozrachunków publiczno-prawnych;
 - e) wynagrodzeń za pracę pracowników i osób wykonujących pracę na podstawie umowy o pracę lub na podstawie innej umowy;
 - f) pobranych przez pracowników zaliczek gotówkowych na delegacje, zakupy materiałów;
 - g) innych rozrachunków krajowych i zagranicznych;
 - h) roszczeń spornych;
- 10) sporządzanie sprawozdań z tytułu uzyskanej pomocy publicznej;
- 11) rozliczanie i sporządzanie sprawozdań z tytułu inwestycji rozpoczętych i inwestycji zakończonych;
- 12) sporządzanie sprawozdań z ponoszonych kosztów, przychodów jednostek/ komórek organizacyjnych;
- 13) sporządzanie deklaracji i sprawozdań dla urzędu skarbowego, w tym CIT 8;
- 14) sporządzanie sprawozdawczości finansowej i statystycznej;
- 15) uzgadnianie ksiąg analitycznych z księgami syntetycznymi prowadzonymi w Dziale Finansowo-Księgowym;
- 16) prowadzenie i aktualizacja planu kont;
- 17) uczestnictwo w komisjach przetargowych oraz inwentaryzacyjnych;
- 18) sporządzanie sprawozdań z wydatków strukturalnych;
- 19) prowadzenie ewidencji z tytułu otrzymanych dotacji;



- 20) sporządzanie obowiązkowych deklaracji, których złożenie określają przepisy prawa finansowego, podatkowego oraz o pokrewnej tematyce;
- 21) uzgadnianie ewidencji księgowej z innymi komórkami administracji szpitala.

Kasa

§ 80

1. Kasjer podlega bezpośrednio głównemu księgowemu.
2. Do zadań kasy należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie raportów kasowych;
 - 2) dbałość o zabezpieczenie pomieszczeń kasowych;
 - 3) pobieranie gotówki z banków, dokonywanie wypłat i przyjmowanie wpłat, uzgadnianie salda bankowego;
 - 4) prowadzenie rejestru depozytów obcych, gwarancji bankowych;
 - 5) przestrzeganie wysokości pogotowia kasowego;
 - 6) prowadzenie depozytów środków pieniężnych nie odebranych przez pracowników;
 - 7) obsługa kasy fiskalnej i wystawianie faktur.


Część 4.

Pozostałe komórki organizacyjne działalności ekonomiczno – administracyjnej, informatycznej i technicznej.

Dział Kadrowo-Płacowy

§ 81

1. Kierownik Działu Kadrowo-Płacowego podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. administracyjno-organizacyjnych.
2. Kierownik Działu Kadrowo-Płacowego jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Kadrowo-Płacowym.
3. Do zadań Działu Kadrowo-Płacowego należy w szczególności:
 - 1) realizacja polityki kadrowej;
 - 2) nadzór nad stanem i strukturą zatrudnienia;
 - 3) realizacja spraw związanych z naliczaniem wynagrodzeń (nadzorowanie prawidłowości i zasadności obliczania wszystkich składników składających się na wynagrodzenie za pracę) oraz obliczania innych należności pieniężnych (nagród jubileuszowych, odpraw rentowych lub emerytalnych, zasiłków chorobowych i innych), rozliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 43 z 81

- 4) prowadzenie spraw osobowych związanych z zatrudnianiem, trwaniem, ustaniem stosunku pracy pracowników szpitala, przeszeregowaniem pracowników wewnątrz jednostek lub komórek, ewidencją czasu pracy, nieobecnościami;
- 5) naliczanie składek ZUS, podatku oraz innych potrąceń obowiązkowych;
- 6) prowadzenie spraw socjalno-bytowych pracowników w zakresie zaakceptowanych przez Dyrektora Naczelnego decyzji Komisji Socjalnej oraz obowiązującego w szpitalu regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
- 7) rozliczanie zasiłków chorobowych, macierzyńskich, rodzicielskich i opiekuńczych, wypadkowych, świadczeń rehabilitacyjnych;
- 8) sporządzanie i rozliczanie delegacji służbowych;
- 9) sporządzanie sprawozdań i rozliczeń dotyczących kadr i płac, w szczególności sporządzanych dla Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- 10) przygotowywanie i obsługa umów na świadczenie usług medycznych przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz innych umów cywilnoprawnych;
- 11) zgłaszanie, wyrejestrowywanie pracowników, rozliczanie składek pracowników;
- 12) sprawdzanie poprawności naliczenia wynagrodzeń w programie finansowo – księgowym;
- 13) prowadzenie spraw związanych z Pracowniczymi Planami Kapitałowymi;
- 14) obsługa i rozliczanie umów o realizację specjalizacji lekarzy w ramach szkoleniowego etatu rezydenckiego, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia;
- 15) obsługa i rozliczanie umów o realizację stażu podyplomowego lekarzy, finansowanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Wydział Organizacyjno-Prawny

§ 82

1. Kierownik Wydziału Organizacyjno-Prawnego podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. W skład Wydziału Organizacyjno-Prawnego wchodzi:
 - 1) Dział Organizacyjno-Prawny;
 - 2) Kancelaria/Punkt Podawczy;
 - 3) Archiwum.
3. Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego podlega bezpośrednio kierownikowi Wydziału Organizacyjno-Prawnego.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 44 z 81

4. Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Organizacyjno-Prawnym.
5. Do zadań Działu Organizacyjno-Prawnego należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie regulaminów, instrukcji, zarządzeń oraz innych aktów normatywnych niezbędnych dla funkcjonowania szpitala w obszarze dotyczącym zakresu obowiązków działu;
 - 2) prowadzenie dokumentacji związanej z rejestracją szpitala i prawnymi zasadami jego funkcjonowania;
 - 3) prowadzenie rejestru zarządzeń i innych wewnętrznych aktów normatywnych obowiązujących w szpitalu;
 - 4) przygotowywanie projektów umów w zakresie kompetencji nie należącym do innych jednostek lub komórek organizacyjnych;
 - 5) gromadzenie, przechowywanie i prowadzenie rejestrów umów zawartych przez szpital, z wyłączeniem umów o pracę, umów zleceń i umów o dzieło, umów powierzenia przetwarzania danych;
 - 6) wewnętrzna dystrybucja zawartych umów, zarządzeń i innych dokumentów rodzących skutki prawne;
 - 7) przygotowywanie projektów odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne organów kontrolnych, z wyłączeniem odpowiedzi kierowanych do jednostek kontroli sanitarno-epidemiologicznej;
 - 8) obsługa administracyjno-biurowa Rady Społecznej i Rady Klinikistów, przygotowywanie wniosków oraz projektów uchwał, protokołowanie posiedzeń;
 - 9) prowadzenie niektórych postępowań konkursowych w zakresie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne;
 - 10) przygotowywanie wniosków na posiedzenia Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
 - 11) współpraca z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie w zakresie działalności działu;
 - 12) informowanie jednostek i komórek organizacyjnych o aktualnym stanie przepisów prawnych dotyczących działalności szpitala;
 - 13) nadzór nad postępowaniem likwidacji szkód; sporządzanie niektórych pism i informacji dla ubezpieczycieli.
6. Do zadań archiwum należy w szczególności:
 - 1) przyjmowanie do archiwum zakładowego zarchiwizowanej dokumentacji szpitala, powstałej w jednostkach lub komórkach organizacyjnych w toku ich działalności po zakończeniu postępowania, w tym dokumentacji medycznej;
 - 2) nadzór nad przechowywaną w archiwum zakładowym dokumentacją, zwłaszcza w zakresie zabezpieczenia przed dostępem osób nieuprawnionych;
 - 3) udostępnianie dokumentów zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 4) wydzielanie dokumentacji, której okres przechowywania minął i przekazywanie do zniszczenia;
 - 5) współpraca z właściwymi instytucjami uprawnionymi na mocy obowiązujących przepisów do uzyskiwania danych zawartych w dokumentacji medycznej;


Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 45 z 81

- 6) doradzanie jednostkom i komórkom organizacyjnym w zakresie archiwizowania dokumentacji;
7. Szczegółowy zakres zadań archiwum zakładowego określa obowiązująca w szpitalu Instrukcja Archiwalna.
8. Szczegółowy zakres zadań Kancelarii/Punktu Podawczego określa obowiązująca w szpitalu Instrukcja Kancelaryjna.

Zespół Radców Prawnych

§ 83

1. Radcowie prawni podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. W skład zespołu radców prawnych wchodzi:
 - 1) radcowie prawni;
 - 2) aplikanci.
3. Do obowiązków radcy prawnego należy w szczególności:
 - 1) udzielanie pisemnych i ustnych informacji, opinii, porad, wyjaśnień dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawa;
 - 2) sporządzanie i opiniowanie projektów umów, pism i wewnętrznych aktów normatywnych wywołujących skutki prawne;
 - 3) opiniowanie wniosków o umorzenie należności;
 - 4) prowadzenie spraw sądowych i egzekucyjnych oraz współpraca z organami egzekucyjnymi;
 - 5) opiniowanie Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz innych dokumentów i działań podejmowanych w procesie udzielania zamówień publicznych, a rodzących skutki prawne;
 - 6) opracowywanie pism procesowych i zastępowanie w postępowaniach sądowych, arbitrażowych, administracyjnych i egzekucyjnych;
 - 7) sporządzanie wykazów dotyczących spraw sądowych i egzekucyjnych;
 - 8) reprezentowanie szpitala przed sądami oraz organami administracji.
4. Z tytułu nałożonych obowiązków radca prawny posiada uprawnienia do występowania do pracowników szpitala o udostępnienie dokumentów i opinii niezbędnych do prawidłowego wykonywania swoich obowiązków.
5. Do obowiązków aplikantów należy:
 - 1) uczestniczenie w przewidzianych programem zajęciach teoretycznych i praktycznych;
 - 2) samodzielne pogłębianie wiedzy prawniczej i praktycznych umiejętności zawodowych;
 - 3) przestrzeganie dyscypliny szkolenia i pracy;
 - 4) przystąpienie do egzaminu radcowskiego w wyznaczonym terminie;
 - 5) współpraca z radcami prawnymi w zakresie świadczenia pomocy prawnej oraz pozostałymi osobami funkcyjnymi w zakresie wykonywanych zadań;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 46 z 81

6) sporządzenie projektów pism oraz opinii w zakresie prowadzonych spraw oraz powierzonych zadań.

Biuro Dyrektora Naczelnego

§ 84

1. Kierownik Biura Dyrektora Naczelnego kieruje pracą biura i podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Kierownikowi Biura Dyrektora Naczelnego podlegają bezpośrednio pracownicy zatrudnieni w Biurze Dyrektora Naczelnego:
 - 1) asystent Dyrektora Naczelnego;
 - 2) specjaliści ds. obsługi kancelaryjnej i elektronicznego zarządzania dokumentacją;
 - 3) kierowca.
3. Do zadań Biura Dyrektora Naczelnego należy w szczególności:
 - 1) sprawowanie obsługi sekretarskiej i biurowej Dyrektora Naczelnego oraz Dyrektorów, prowadzenie kalendarza spotkań;
 - 2) organizowanie wyjazdów służbowych;
 - 3) obsługa systemu elektronicznego obiegu dokumentów;
 - 4) koordynowanie współpracy z podmiotem tworzącym;
 - 5) koordynowanie obsługi transportowej.
4. Szczegółowy zakres zadań Biura Dyrektora Naczelnego określa obowiązująca w szpitalu Instrukcja Kancelaryjna.


Wydział Informatyczny i Ochrony Cyberprzestrzeni

§ 85

1. Kierownik Wydziału Informatycznego i Ochrony Cyberprzestrzeni podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. technicznych i inwestycji.
2. Kierownikowi Wydziału Informatycznego i Ochrony Cyberprzestrzeni podlegają bezpośrednio:
 - 1) Kierownik Działu Informatycznego;
 - 2) Kierownik Działu Ochrony Cybernetycznej.
3. Kierownik Działu Informatycznego jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Informatycznym.
4. Kierownik Działu Ochrony Cybernetycznej jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Ochrony Cybernetycznej.
5. Wydział Informatyczny i Ochrony Cyberprzestrzeni zapewnia poprawne funkcjonowanie systemów komputerowych, sieci informatycznej oraz sprzętu komputerowego, w szczególności:
 - 1) kontroluje legalność zainstalowanego oprogramowania;



- 2) kontroluje konfigurację oraz poprawność pracy sprzętu komputerowego;
 - 3) opracowuje, wdraża i nadzoruje procedurę bezpieczeństwa systemu informatycznego;
 - 4) dokonuje zakupów komputerów, drukarek, kopiarek i urządzeń wielofunkcyjnych oraz wszelkich materiałów eksploatacyjnych zgodnie z regulaminem zamówień publicznych;
 - 5) dokonuje napraw sprzętu komputerowego;
 - 6) dokonuje instalacji stacji roboczych, drukarek, oraz innych urządzeń;
 - 7) pomaga użytkownikom w obsłudze oprogramowania systemowego i biurowego;
 - 8) sprawuje opiekę nad stroną internetową szpitala oraz stroną lokalnej sieci szpitala;
 - 9) uczestniczy w procedurach zamówień publicznych w zakresie zakupu sprzętu komputerowego i osprzętu informatycznego, a także publikuje zamówienia publiczne na zewnętrznej stronie internetowej szpitala;
 - 10) sprawuje opiekę nad serwerami;
 - 11) sprawuje opiekę nad siecią informatyczną oraz wszelkimi urządzeniami sieciowymi (przewodowymi i bezprzewodowymi), dokonuje rozbudowy oraz ewentualnych napraw;
 - 12) sprawuje opiekę nad wszystkimi systemami bezpieczeństwa w środowisku informatycznym;
 - 13) współpracuje z Działem Aparatury Medycznej w zakresie wsparcia informatycznego dla systemów aparatury medycznej opartej o technologie informatyczne;
 - 14) sprawuje nadzór nad prawidłowym wykonaniem prac informatycznych wynikających z umów zawartych pomiędzy szpitalem a podmiotami zewnętrznymi.
6. Współpracując z inspektorem ochrony danych oraz inspektorem ds. ochrony informacji niejawnych Wydział Informatyczny i Ochrony Cyberprzestrzeni nadzoruje przestrzeganie instrukcji określającej realizację zadań bezpieczeństwa oraz zabezpieczenia systemów informatycznych przetwarzających dane osobowe, w szczególności zapewnia:
- 1) nadzór nad umowami licencyjnymi oprogramowania używanego w szpitalu;
 - 2) nadzór nad kopiami bezpieczeństwa;
 - 3) nadzór nad pracą administratora systemu Informatycznego w zakresie realizacji umowy oraz zgodności wykonywania prac z instrukcją;
 - 4) administrowanie wszystkimi systemami informatycznymi wdrożonymi w szpitalu;
 - 5) wdrażanie, w porozumieniu z inspektorem ochrony danych, nowych rozwiązań technicznych w systemach, bazach i oprogramowaniu operacyjnym, dotyczących przestrzegania zasad bezpieczeństwa zbiorów danych osobowych przetwarzanych przy użyciu sprzętu komputerowego;
 - 6) zlecenie wykonania technicznego zabezpieczenia pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe, na wniosek kierowników jednostek lub komórek organizacyjnych, w porozumieniu z inspektorem ochrony danych;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 48 z 81

7) usuwanie nieprawidłowości systemu informatycznego.

Dział Zamówień Publicznych


§ 86

1. Kierownik Działu Zamówień Publicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Kierownik Działu Zamówień Publicznych jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Zamówień Publicznych.
3. Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy w szczególności obsługa administracyjna postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulaminem udzielania zamówień publicznych, w szczególności:
 - 1) przygotowanie i organizacja przetargów związanych z realizacją zamówień na dostawy, usługi i roboty budowlane;
 - 2) opiniowanie zgodności z przepisami prawa proponowanego trybu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
 - 3) sporządzanie i prowadzenie dokumentacji w sprawach związanych z zamówieniami publicznymi;
 - 4) prowadzenie korespondencji z Urzędem Zamówień Publicznych, oferentami i innymi uczestnikami postępowań;
 - 5) organizowanie posiedzeń komisji przetargowych oraz koordynacja pracy komisji przetargowej i udział w jej pracach;
 - 6) przygotowywanie umów zawieranych w wyniku rozstrzygnięcia postępowań;
 - 7) zwalnianie wadliw;
 - 8) przygotowywanie dokumentów do archiwizacji;
 - 9) ścisła współpraca z radcą prawnym;
 - 10) sporządzanie planów i sprawozdań oraz przekazywanie ich właściwym instytucjom.

Wydział Kontrolingu, Planowania i Rozwoju

§ 87

1. Kierownik Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Kierownik Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
3. W skład Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju wchodzi:
 - 1) sekcja budżetowania i kontrolingu;
 - 2) sekcja rozliczeń projektów i inwestycji;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIwersYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 49 z 81

- 3) dział inwentaryzacji;
 - 4) sekcja badań klinicznych;
 - 5) specjalista ds. marketingu i promocji.
4. Do zadań sekcji budżetowania i kontrolingu należy w szczególności:
- 1) wdrażanie pojęć, metod ewidencji, procedur planowania i analizy kosztów z uwzględnieniem wymogów budżetowania i kontrolingu;
 - 2) organizacja procesu planowania budżetów, nadzór nad jego prawidłowością;
 - 3) opracowywanie budżetów dla poszczególnych ośrodków powstawania kosztów. Raportowanie z budżetowania obejmujące:
 - a) realizację wykonania budżetów w poszczególnych ośrodkach kosztowych;
 - b) przedstawianie wyników uzyskanych przez poszczególne ośrodki w oparciu o ustalone wskaźniki;
 - c) ustalenie wyników finansowych dla poszczególnych rodzajów działalności szpitala.
 - 4) prowadzenie oceny ekonomicznej efektywności poszczególnych ośrodków na podstawie analizy realizacji budżetów, wskaźników i analizy ekonomicznej;
 - 5) sporządzanie planu finansowego i planu inwestycyjnego w oparciu o prowadzone planowanie budżetowe przy ścisłej współpracy z głównym księgowym;
 - 6) sporządzanie planów we współpracy z komórkami merytorycznymi, w tym planu strategicznego;
 - 7) prowadzenie wielowymiarowej i wieloprzekrojowej analizy kosztowej zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Dyrekcji;
 - 8) sporządzanie wycen świadczeń medycznych, procedur medycznych, indywidualnej wyceny kosztów leczenia pacjenta;
 - 9) sporządzanie analiz ekonomicznych i finansowych efektywności wykorzystania zasobów i efektywności inwestycji dla całego szpitala (okresowe raporty i analizy zarządcze);
 - 10) sporządzanie i bieżące aktualizowanie cennika usług medycznych;
 - 11) opracowywanie rozwiązań dla alokacji kosztów prawidłowo odzwierciedlających rzeczywiste koszty określonych zadań;
 - 12) uzgadnianie z komórkami finansowo-księgowymi oraz pozostałymi jednolitej struktury umożliwiającej gromadzenie, a następnie analizowanie dostępnych w systemach informatycznych danych;
 - 13) wnioskowanie zmian w wewnętrznych aktach normatywnych usprawniających proces budżetowania;
 - 14) przygotowanie materiałów do oceny efektywności ośrodków odpowiedzialności na podstawie analizy realizacji budżetów, wskaźników i analizy ekonomicznej.
5. Sekcja badań klinicznych podlega bezpośrednio Kierownikowi Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju. Do zadań sekcji badań klinicznych należy w szczególności:



- 1) negocjowanie z ramienia szpitala warunków umów, porozumień lub innych stosunków zobowiązaniowych z podmiotami zewnętrznymi deklarującymi wolę prowadzenia badań klinicznych w szpitalu;
 - 2) koordynowanie działania wszystkich jednostek, komórek organizacyjnych oraz stanowisk samodzielnych zaangażowanych w procesie zawierania umów na badania kliniczne w szpitalu.
6. Do zadań sekcji rozliczeń projektów i inwestycji należy w szczególności:
- 1) sporządzanie wniosków inwestycyjnych w szczególności do Ministerstwa Zdrowia we współpracy z właściwymi komórkami merytorycznymi;
 - 2) monitorowanie dostępnych środków z funduszy zewnętrznych oraz analiza w zakresie możliwości ich pozyskania;
 - 3) przygotowywanie, kompletowanie oraz składanie dokumentacji aplikacyjnej w ramach ogłoszonych konkursów na pozyskanie środków zewnętrznych;
 - 4) współpraca z podmiotami zewnętrznymi przy przygotowywaniu studiów, wykonalności lub wniosków aplikacyjnych, których przygotowanie zlecono na zewnątrz;
 - 5) przygotowywanie sprawozdań i pozostałych dokumentów związanych z realizowanymi projektami.
7. Do zadań specjalisty ds. marketingu i promocji należy w szczególności:
- 1) przygotowywanie strategii marketingowej szpitala, w tym w zakresie usług komercyjnych;
 - 2) przygotowanie ofert na wykonywanie usług medycznych dla podmiotów zewnętrznych;
 - 3) nadzór nad realizacją projektów finansowanych ze środków pochodzących z funduszy strukturalnych w zakresie działań informacyjnych i promocyjnych;
 - 4) organizowanie działań profilaktycznych oraz w zakresie edukacji zdrowotnej;
 - 5) obserwacja i analiza zarówno zmian zachodzących na rynku usług medycznych, jak i działalności szpitala;
 - 6) redagowanie informacji na stronie internetowej szpitala, w szczególności w zakresie dotyczącym aktualnych przedsięwzięć w szpitalu oraz w zakresie dotyczącym poszczególnych komórek organizacyjnych. Bieżąca aktualizacja informacji na stronie internetowej szpitala;
 - 7) organizacja wydarzeń promocyjnych oraz różnego rodzaju uroczystości szpitala, wizyt zaproszonych gości i konferencji;
 - 8) opracowywanie projektów dokumentów z zakresu komunikacji i Public Relations;
 - 9) przygotowywanie pism wewnętrznych i zewnętrznych – zaproszeń, podziękowań, gratulacji, życzeń;
 - 10) tworzenie spójnego i jednolitego wizerunku szpitala poprzez nadzorowanie Systemu Identyfikacji Wizualnej (zespół identyfikowanych i utożsamianych ze szpitalem znaków graficznych na materiałach promocyjnych, informacyjnych, na stronie internetowej);
 - 11) współpraca z innymi instytucjami i placówkami działającymi w obszarze ochrony zdrowia;
 - 12) współpraca i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych;



- 13) realizacja działań promocyjnych usługi medyczne realizowane w szpitalu, metody diagnostyki i leczenia oraz inne wydarzenia związane z funkcjonowaniem szpitala;
- 14) działalność marketingowa w zakresie budowania marki i wizerunku szpitala oraz promocji jego działalności.

Dział Inwentaryzacji

§ 88

1. Kierownik Działu Inwentaryzacji podlega bezpośrednio kierownikowi Wydziału Kontrolingu, Planowania i Rozwoju.
2. Kierownik Działu Inwentaryzacji jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w Dziale Inwentaryzacji.
3. Do obowiązków Działu Inwentaryzacji należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie ewidencji majątku trwałego i środków niskocennych szpitala;
 - 2) dokonywanie spisów z natury majątku trwałego i obrotowego szpitala zgodnie z zatwierdzonym przez Dyrektora rocznym harmonogramem inwentaryzacji;
 - 3) prowadzenie zapisów amortyzacyjnych i umorzeniowych oraz inwentaryzacji doraźnych;
 - 4) opracowywanie planów inwentaryzacji rocznych i wieloletnich;
 - 5) sporządzanie sprawozdań finansowych na potrzeby wewnętrznych i zewnętrznych jednostek organizacyjnych w zakresie majątku własnego i obcego oraz jego umorzenia;
 - 6) kontrola wykorzystania sprzętu w jednostkach lub komórkach organizacyjnych.
4. Szczegółowy zakres działania Działu Inwentaryzacji określa obowiązująca w szpitalu Instrukcja Inwentaryzacyjna.


Dział Techniczny i Inwestycji

§ 89

1. Kierownik Działu Technicznego i Inwestycji podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. technicznych i inwestycji.
2. Kierownik Działu Technicznego i Inwestycji jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
3. Do zadań Działu Technicznego i Inwestycji należy w szczególności:
 - 1) bieżące utrzymanie w stanie pełnej sprawności infrastruktury technicznej szpitala oraz prowadzenie dokumentacji związanej z zarządzaniem nieruchomościami użytkowymi przez szpital (książki obiektów budowlanych, dokumentacja badań i przeglądów stanu technicznego infrastruktury itp.);
 - 2) przygotowywanie projektów planów rocznych i wieloletnich remontowo-inwestycyjnych w zakresie inwestycji budowlanych, wyposażenia obiektów w niezbędny sprzęt techniczny;
 - 3) koordynacja opracowywania dokumentacji projektowej oraz odpowiedzialność za przygotowanie wszelkich dokumentów wymaganych przepisami do realizacji remontów i inwestycji;



- 4) wycena planowanych, wnioskowanych i wykonanych robót;
- 5) koordynacja robót remontowo-budowlanych;
- 6) nadzór robót budowlanych w zakresie inwestycji i remontów, konserwacji wraz z odbiorem technicznym tych prac w ramach posiadanych kompetencji i uprawnień wymaganych prawem;
- 7) prowadzenie statystyki i sprawozdawczości w zakresie swojej działalności;
- 8) merytoryczne przygotowywanie dokumentacji przetargowych w zakresie swojej działalności;
- 9) nadzór nad realizacją umów z kontrahentami zewnętrznymi oraz prawidłowe rozliczenie tych umów w oparciu o protokoły odbioru prac;
- 10) odpowiedzialność za zabezpieczenie szpitala w energię elektryczną, centralne ogrzewanie, ciepłą wodę użytkową oraz zimną wodę użytkową;
- 11) dokonywanie okresowej kontroli stanu urządzeń przesyłających media;
- 12) prowadzenie spraw z zakresu ochrony środowiska;
- 13) wystawianie faktur za sprzedaż mediów;
- 14) nadzór nad właściwą eksploatacją, konserwacją źródeł zasilania i sieci (kotłownia, węzły ciepłne, węzły parowe, sieci parowe, sieci centralnego ogrzewania, sieci wodne, instalacje wodno-kanalizacyjne, instalacje elektryczne, sieci i urządzenia gazów medycznych);
- 15) zlecenie wykonania pomiarów elektrycznych zgodnie z przepisami;
- 16) bieżąca kontrola prowadzonych prac pod względem terminowości, jakości i zastosowania odpowiednich materiałów;
- 17) uzgadnianie szczegółowego sposobu realizacji zleceń wykonawców w zakresie konserwacji, jak i robót o charakterze modernizacyjno – inwestycyjnym;
- 18) wykonywanie przeglądów obiektów i budowli szpitala zgodnie z ustawą Prawo budowlane;
- 19) rozstrzyganie wątpliwości natury technicznej i zasięganie w razie potrzeby opinii projektanta bądź rzeczoznawców, za uprzednią akceptacją Dyrektora Naczelnego lub Dyrektora ds. technicznych i inwestycji;
- 20) kontrolowanie ilości, jakości i wartości zarówno wbudowanych materiałów nowych, jak i z odzysku (według sporządzonego wcześniej protokołu);
- 21) systematyczne rozliczanie robót i usług świadczonych przez zatrudnionych wykonawców;
- 22) sporządzanie wniosków o konieczne przeprowadzenie robót zamiennych lub dodatkowych i przedstawianie ich do zatwierdzenia przed rozpoczęciem realizacji wymienionych robót;
- 23) wdrażanie nowych rozwiązań z branży energetycznej;
- 24) wykonywanie wszelkich obowiązków zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 53 z 81

Dział Aparatury Medycznej

§ 90

1. Kierownik Działu Aparatury Medycznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. technicznych i inwestycji.
2. Kierownik Działu Aparatury Medycznej jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
3. Do zadań Działu Aparatury Medycznej należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie bieżącego nadzoru nad stanem urządzeń i aparatury medycznej, diagnostycznej oraz sprzętem elektronicznym;
 - 2) montaż, uruchamianie, naprawa i konserwacja aparatury i urządzeń medycznych nie wymagających serwisu producenta;
 - 3) naprawa i konserwacja sprzętu rentgenowskiego;
 - 4) naprawa i modernizacja sprzętu komputerowego, drukarek komputerowych, sprzętu elektronicznego i sterowanego komputerem (z wyłączeniem sprzętu AGD i pomiarowego o charakterze niemedyceznym oraz sprzętu wymagającego serwisu producenta);
 - 5) przeprowadzanie technicznego, jakościowego i ilościowego odbioru aparatury oraz sprzętu, uruchomienie lub uczestnictwo przy ich uruchomieniu;
 - 6) opracowywanie pod względem merytorycznym faktur zakupu towarów oraz usług - w zakresie kompetencji;
 - 7) wydawanie pisemnych opinii o stanie technicznym aparatury medycznej, diagnostycznej, sprzętu komputerowego;
 - 8) orzekanie o stanie technicznym, typowanie do napraw lub kasacji sprzętu będącego w zakresie merytorycznej odpowiedzialności;
 - 9) dokonywanie zakupu części zamiennych, akcesoriów, materiałów eksploatacyjnych do urządzeń medycznych w niezbędnym zakresie oraz prowadzenie magazynu;
 - 10) koordynacja zaopatrzenia w aparaturę medyczną;
 - 11) ocena pod względem technicznym ofert na zakup aparatury i sprzętu medycznego;
 - 12) prowadzenie harmonogramu przeglądów sprzętu medycznego, dokonywanie lub zlecanie okresowych przeglądów sprzętu i aparatury;
 - 13) sporządzanie opinii technicznych, współuczestnictwo w prowadzeniu i nadzór nad prawidłowym prowadzeniem paszportów technicznych aparatury i sprzętu medycznego;
 - 14) przygotowywanie wniosków o zakup aparatury i sprzętu medycznego;
 - 15) przygotowywanie projektów planów zakupu aparatury i sprzętu medycznego;
 - 16) nadzór nad realizacją umów w zakresie działalności działu, zawartych z podmiotami zewnętrznymi;

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY**

Wydanie: 14

Data wydania:

25-02-2025

Strona: 54 z 81

- 17) rozliczanie i opracowywanie faktur pod względem merytorycznym wraz z rozdziałem na poszczególne ośrodki powstawania kosztów;
- 18) nadzór na umowami w zakresie dzierżawy urządzeń i aparatury medycznej;
- 19) sporządzanie planu wydatków;
- 20) merytoryczne przygotowanie dokumentacji przetargowych w zakres działalności działu;
- 21) przeprowadzanie testów kontroli jakości, dokumentowanie pomiarów, prowadzenie dokumentacji związanej z kontrolą jakości aparatury diagnostyki rtg;
- 22) nadzór nad urządzeniami ciśnieniowymi podlegającymi dozorowi technicznemu.

Dział Inspektorów Nadzoru**§ 91**


1. Kierownik Działu Inspektorów Nadzoru – Inspektor Nadzoru w branży budowlanej podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. technicznych i inwestycji.
2. Kierownikowi Działu Inspektorów Nadzoru – Inspektor Nadzoru w branży budowlanej podlegają bezpośrednio pracownicy działu.
3. Do zadań Działu Inspektorów Nadzoru należy w szczególności:
 - 1) reprezentowanie szpitala na budowie przez sprawowanie kontroli zgodności jej realizacji z projektem i pozwoleniem na budowę, obowiązującymi przepisami oraz zasadami wiedzy technicznej, a także zgodnie z zawartą z wykonawcą robót budowlanych umową;
 - 2) kontrolowanie w sposób ciągły jakości wykonywanych robót oraz wbudowywanych materiałów, zgodnie z wymaganiami specyfikacji technicznych, dokumentacji projektowej oraz praktyką inżynierską;
 - 3) weryfikowanie i potwierdzanie jakości prac wykonywanych w ramach inwestycji, w szczególności w celu zapobieżenia zastosowaniu materiałów, urządzeń i narzędzi, które są wadliwe, bądź nie są dopuszczone do stosowania w budownictwie;
 - 4) monitorowanie postępu robót budowlanych objętych umową o roboty budowlane poprzez sprawdzanie ich rzeczywistego zaawansowania i zgodności realizacji z obowiązującym dla umowy o roboty budowlane harmonogramem rzeczowo-finansowym;
 - 5) wydawanie kierownikowi budowy lub kierownikowi robót polecenia potwierdzonego wpisem do dziennika budowy wykonania dodatkowych badań materiałów, budzących wątpliwość co do ich jakości;
 - 6) dokonywanie odbioru końcowego, przygotowywanie kompletnej dokumentacji odbiorowej niezbędnej przy pracy komisji powołanej do odbioru przez szpital;
 - 7) weryfikowanie dokumentacji przedłożonej przez wykonawcę robót budowlanych, w szczególności pod względem jej kompletności zgodnie z postanowieniami umowy o roboty budowlane oraz poprawności.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 55 z 81

Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej - Magazyn

§ 92


1. Kierownik Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej – Magazynu (dalej: Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej) podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. administracyjno-organizacyjnych.
2. Kierownik Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej jest bezpośrednim przełożonym personelu zatrudnionego w dziale.
3. Do zadań Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej należy w szczególności:
 - 1) racjonalne zaopatrywanie jednostek i komórek organizacyjnych działalności medycznej w niezbędne do prawidłowego funkcjonowania materiały medyczne (jednоразowego i wielorазowego użytku), bieliznę i odzież jednоразowego i wielorазowego użytku (w tym obłożenia operacyjne, serwety, fartuchy, itd.), odczynniki laboratoryjne (z wyłączeniem pracowni i zakładów) i niemedyczne (np. materiały biurowe, materiały do utrzymania czystości, meble i inne wyposażenie, itd.), zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 2) racjonalne zaopatrywanie komórek organizacyjnych działalności ekonomiczno-administracyjnej i technicznej w niezbędne materiały i sprzęt zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 3) opiniowanie wniosków zakupowych jednostek lub komórek organizacyjnych;
 - 4) prowadzenie magazynu głównego;
 - 5) prowadzenie polityki magazynowej, w szczególności niedopuszczanie do powstawania nadmiernych i nieuzasadnionych zapasów magazynowych w magazynie głównym oraz w jednostkach lub komórkach organizacyjnych;
 - 6) merytoryczne przygotowywanie dokumentacji przetargowych w zakresie działalności działu;
 - 7) stała analiza stanu zapasów magazynowych, rozchodów i przychodów oraz ich wykorzystania oraz niedopuszczanie do upływu terminów przydatności do spożycia;
 - 8) kontrola stanu faktycznego przyjmowanych towarów według specyfikacji rodzajowej i ilościowej;
 - 9) nadzór nad terminowością dostaw i ich zgodnością z zawartymi umowami pod względem ilościowym, wartościowym, jakościowym, przedmiotowym;
 - 10) zatwierdzanie dokumentów magazynowych;
 - 11) organizacja gospodarki magazynowej;
 - 12) nadzór nad umowami depozytowymi.
4. Szczegółowy zakres zadań Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej określa obowiązująca w szpitalu Instrukcja Magazynowa.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 56 z 81

Dział Administracyjno-Gospodarczy

§ 93

1. Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. administracyjno-organizacyjnych.
2. Kierownik Działu Administracyjno- Gospodarczego jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
3. Pracownicy brygady gospodarczej podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu Administracyjno-Gospodarczego.
4. Do zadań Działu Administracyjno- Gospodarczego w szczególności należy:
 - 1) administrowanie nieruchomościami, eksploatacją terenów i pomieszczeń;
 - 2) utrzymywanie porządku i odpowiedniego stanu technicznego terenów będących w administrowaniu szpitala;
 - 3) utrzymanie terenów zielonych oraz drzewostanu na terenie szpitala;
 - 4) nadzór nad umowami dot. gospodarki odpadami i substancjami niebezpiecznymi dla ludzi i środowiska;
 - 5) nadzór nad przekazaniem do składowania odpadów komunalnych oraz do utylizacji odpadów medycznych i niebezpiecznych;
 - 6) organizacja i zapewnienie transportu wewnętrznego i zewnętrznego;
 - 7) prowadzenie magazynu odzieży chorych;
 - 8) prowadzenie magazynu bielizny szpitalnej, w tym części czystej i brudnej;
 - 9) nadzór nad usługami pralniczymi;
 - 10) obsługa i prowadzenie centrali telefonicznej;
 - 11) nadzór nad remontami, konserwacją utrzymaniem w stałej sprawności urządzeń łączności;
 - 12) analiza zasadności wykorzystania przez personel szpitala usług telekomunikacyjnych i pocztowych wraz z analizą obciążeń finansowych za połączenia telefoniczne i usługi telegraficzne;
 - 13) nadzór nad działalnością kuchni;
 - 14) koordynacja i nadzór nad realizacją umowy o wykonywanie usług sprzątania pomieszczeń;
 - 15) organizacja i transport zwłok z klinik / oddziałów do pomieszczeń „post mortem”,
 - 16) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem urządzeń biurowych oraz legalizacją wag (w tym zlecenie napraw i konserwacji);
 - 17) nadzór nad wykonywaniem usług ochrony osób i mienia;
 - 18) nadzór nad wykonywaniem innych umów leżących w zakresie działalności działu a zawartych z podmiotami zewnętrznymi;
 - 19) ewidencjonowanie i wydawanie upoważnień na wjazd na teren szpitala;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 57 z 81

- 20) nadzór nad naprawą i konserwacją sprzętu ppoż. i sprzętu chłodniczego;
- 21) konserwacja i bieżące naprawy wózków akumulatorowych i sztaplarki;
- 22) wykonywanie zaleceń inspektora ds. Ppoż. w zakresie zatwierdzonym przez Dyrektora Naczelnego;
- 23) nadzór nad naprawą i konserwacją sprzętu ogrodniczego i AGD;
- 24) zlecenie i nadzór nad renowacją mebli szpitalnych;
- 25) zlecenie dorabiania kluczy, laminowania i oprawy dokumentów;
- 26) zlecenie i nadzór nad wykonywaniem usług reklamowych i plastycznych;
- 27) rozliczanie i opracowywanie faktur pod względem merytorycznym wraz z rozdziałem kosztów na poszczególne ośrodki kosztowe;
- 28) wystawianie faktur za sprzedaż usług o charakterze niemedyceznym, faktur za najem i dzierżawę oraz inną sprzedaż w zakresie obsługiwanych przez dział umów i zleceń;
- 29) wystawianie refaktur dla Uczelni lub innych podmiotów;
- 30) merytoryczne przygotowywanie dokumentacji przetargowych w zakresie działalności działu;
- 31) prowadzenie statystyki i sprawozdawczości w zakresie działalności działu;
- 32) sporządzanie planów wydatków;
- 33) racjonalne zaopatrywanie wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala w niezbędne materiały i sprzęt zgodnie z merytoryczną odpowiedzialnością (np. telefony stacjonarne i komórkowe, części zamienne do sprzętu transportu wewnętrznego, chłodniczego) zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 34) zapewnianie prawidłowego prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i instrukcjami obowiązującymi w szpitalu;
- 35) nadzór nad realizacją umów dot. transportu zewnętrznego (transport pacjentów);
- 36) dezynsekcja, dezynfekcja i deratyzacja w ramach zawartych umów;
- 37) nadzór nad dezynsekcją, dezynfekcją i deratyzacją (w przypadku zleceń na zewnątrz);
- 38) dystrybucja wody pitnej na poszczególne jednostki lub komórki organizacyjne;
- 39) zlecenie głównych przeglądów wózków akumulatorowych i sztaplarki.

Dział Sprzedaży Usług Medycznych

§ 94

1. Kierownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. leczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
2. Kierownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego.
3. Do zadań Działu Sprzedaży Usług Medycznych należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie ewidencji usług medycznych;



- 2) sporządzanie sprawozdań statystycznych;
- 3) sprzedaż usług medycznych, wystawianie faktur za świadczone usługi medyczne oraz udostępnianie dokumentacji medycznej jednostkom kontrolującym;
- 4) rozliczanie usług medycznych z zewnętrznymi płatnikami;
- 5) prowadzenie polityki sprzedaży na podstawie wytycznych polityki szpitala;
- 6) przygotowywanie ofert w postępowaniach konkursowych w zakresie świadczeń zdrowotnych przy współpracy z odpowiednimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi, w szczególności opracowywanie ofert na świadczenia medyczne dla Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia;
- 7) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia w zakresie składanych ofert, prowadzenia negocjacji i zawierania umów;
- 8) wypracowywanie koncepcji poprawy efektywności funkcjonowania Działu Sprzedaży Usług Medycznych;
- 9) opracowywanie projektów umów zawieranych z innymi świadczeniodawcami;
- 10) obsługa kasy fiskalnej, sporządzanie rejestrów fiskalnych, przyjmowanie i wypłacanie gotówki.

Dział BHP i Ppoż.

§ 95

1. Dział BHP i Ppoż. podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Zadaniem Działu BHP i Ppoż. jest podejmowanie działalności profilaktycznej w celu zapobiegania zagrożeniom zawodowym oraz dążenie do uzyskania poprawy warunków pracy, jak również doradztwo Dyrektorowi Naczelnemu w tym zakresie.
3. Dział BHP i Ppoż. tworzą: pracownicy służby bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: specjaliści ds. BHP) oraz inspektor ds. Ppoż.
4. Liczba pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stanowisko wynika z Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.
5. Do zadań specjalisty ds. BHP należy w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę;
 - 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;



- 3) przedstawianie Dyrektorowi Naczelnemu wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
 - 4) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
 - 5) 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;
 - 6) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 7) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
 - 8) współpraca z właściwymi jednostkami lub 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;
 - 9) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
 - 10) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami;
 - 11) aktywny udział w przygotowaniu odpowiedzi pokontrolnych do jednostek kontrolujących sytuację sanitarno-epidemiologiczną w szpitalu w zakresie dotyczącym bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 12) prowadzenie spraw związanych z przydziałem środków ochrony indywidualnej oraz odzieży roboczej dla pracowników szpitala;
 - 13) przeprowadzenie oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pracy.
6. Do obowiązków inspektora ds. Ppoż. należy realizacja zadań wynikających z przepisów o ochronie przeciwpożarowej, w szczególności:
- 1) przeprowadzanie okresowych kontroli stanu urządzeń przeciwpożarowych oraz stanu innych urządzeń mających wpływ na bezpieczeństwo pożarowe w szpitalu;
 - 2) dbałość o legalizację urządzeń przeciwpożarowych;
 - 3) opracowywanie projektów aktów wewnętrznych, w szczególności zarządzeń, instrukcji, regulaminów, dotyczących ochrony przeciwpożarowej;
 - 4) organizowanie szkoleń z zakresu ochrony przeciwpożarowej;
 - 5) zgłaszanie Dyrektorowi Naczelnemu wniosków zmierzających do poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego.
7. Kierownik Działu BHP i Ppoż. pełni również funkcję koordynatora ds. dostępności. Zakres zadań koordynatora ds. dostępności określa odrębne zarządzenie Dyrektora Naczelnego.



Dział Higieny

§ 96

1. Kierownik Działu Higieny podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. administracyjno-organizacyjnych.
2. Dział Higieny obejmuje swoim działaniem utrzymanie w czystości i w nienagannym stanie higieniczno-epidemiologicznym klinik, oddziałów, zakładów, pracowni, poradni, centralnej sterylizatorni i innych pomieszczeń szpitala.

Dział Jakości

§ 97

1. Kierownik Działu Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Dział Jakości obejmuje swoim działaniem w szczególności:
 - 1) nadzór nad przygotowaniem szpitala do uzyskania oraz utrzymania odpowiednich świadectw jakości wydawanych przez zewnętrzne organy certyfikujące i akredytujące;
 - 2) podejmowanie działań mających na celu ustanowienie, wdrażanie i utrzymywanie procesów zidentyfikowanych w ramach Systemu Zarządzania Jakością według norm ISO i procesu akredytacji zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia;
 - 3) upowszechnianie w szpitalu Polityki Jakości i świadomości dotyczącej wymagań klientów wewnętrznych i zewnętrznych jednostki;
 - 4) współpraca z instytucjami certyfikacyjnymi i akredytacyjnymi w celu zapewnienia skutecznego wdrażania i późniejszej certyfikacji systemu zarządzania jakością;
 - 5) współpraca z kierownikami wewnętrznych komórek organizacyjnych szpitala w zakresie przygotowania i wdrożenia procedur niezbędnych do wdrażania systemu zarządzania jakością;
 - 6) nadzór i koordynowanie prac wszystkich działów szpitala, związanych z wdrożeniem, realizacją, dokumentowaniem oraz doskonaleniem systemu jakości;
 - 7) nadzór nad dokumentacją dotyczącą systemu zarządzania jakością;
 - 8) planowanie i przeprowadzanie procesu audytu wewnętrznego oraz nadzór nad jego realizacją przez audytorów wewnętrznych;
 - 9) przekazywanie Dyrektorowi Naczelnemu raportów dotyczących skuteczności i efektywności systemu zarządzania jakością;
 - 10) przeprowadzanie szkoleń w zakresie systemu zarządzania jakością: określanie potrzeb, planowanie, prowadzenie, ocena skuteczności w celu upowszechnienia w całym szpitalu świadomości dotyczącej wymagań systemu;



- 11) kierowanie pracami związanymi z organizowaniem, przebiegiem i dokumentowaniem przeglądów zarządzania;
- 12) analiza realizacji celów dotyczących, jakości oraz przygotowanie sprawozdania na przegląd zarządzania;
- 13) inspirowanie działań korygujących, zapobiegawczych i doskonalących oraz nadzór nad ich realizacją;
- 14) wdrażanie i stosowanie analizy danych, niezbędnych do skutecznego funkcjonowania systemu zarządzania jakością;
- 15) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących systemu zarządzania jakością.

Część 6.

STANOWISKA SAMODZIELNE

Audytor wewnętrzny

§ 98

1. Audytor wewnętrzny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Audytor wewnętrzny w szczególności:
 - 1) opracowuje procedury audytu wewnętrznego i monitoruje ich skuteczność;
 - 2) sporządza, w oparciu o analizę ryzyka, roczny plan audytu wewnętrznego;
 - 3) przeprowadza audyt wewnętrzny na podstawie planu audytu, a w uzasadnionych przypadkach – poza planem;
 - 4) przeprowadza audyt wewnętrzny obejmujący niezależną, obiektywną i systematyczną ocenę kontroli zarządczej pod względem adekwatności, skuteczności i efektywności oraz czynności doradcze;
 - 5) prowadzi bieżące i stałe akta audytu wewnętrznego;
 - 6) przedstawia Dyrektorowi Naczelnemu informacje o realizacji planu rocznego audytu, a także istotne ustalenia audytu oraz informacje o zagrożeniach wymagających podjęcia natychmiastowych działań zaradczych;
 - 7) monitoruje zalecenia zawarte w sprawozdaniu z przeprowadzenia audytu wewnętrznego;
 - 8) wykonuje czynności sprawdzające.
3. Audytor wewnętrzny wykonuje obowiązki i korzysta z uprawnień określonych odrębnymi przepisami.

Inspektor ochrony danych

§ 99

1. Inspektor ochrony danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Do zadań inspektora ochrony danych należy w szczególności:
 - 1) informowanie Dyrektora Naczelnego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia




27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, innych przepisów Unii Europejskiej lub państw członkowskich o ochronie danych oraz ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 18 maja 2018 r. i doradzanie im w tej sprawie;

- 2) monitorowanie przestrzegania przepisów prawa regulujących sferę ochrony danych osobowych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podziału obowiązków osób biorących udział w przetwarzaniu danych;
- 3) prowadzenie działań zwiększających świadomość w zakresie ochrony danych osobowych, organizowanie szkoleń personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych oraz powiązanych z tą dziedziną audytów;
- 4) udzielanie na żądanie zaleceń, co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 RODO;
- 5) współpraca z organem nadzorczym (Urzędem Ochrony Danych Osobowych lub jego następcą prawnym) w zakresie ochrony danych osobowych;
- 6) 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;
- 7) pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO;
- 8) prowadzenie rejestru czynności lub rejestru kategorii czynności, w tym rejestru umów powierzenia przetwarzania danych we współpracy z kierownikiem Działu Zamówień Publicznych, który prowadzi rejestr w zakresie umów procedowanych przez ten dział, oraz sekcją badań klinicznych, która prowadzi rejestr w zakresie umów dotyczących badań klinicznych. Inspektor Ochrony Danych prowadzi rejestry, o których mowa wyżej w pozostałym zakresie.

Inspektor ds. obronnych

§ 100

1. Inspektor ds. obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Inspektor ds. obronnych realizuje zadania na potrzeby obronne państwa, w szczególności:
 - 1) realizacja wytycznych i poleceń Dyrektora Naczelnego w sprawach obronnych i zarządzania kryzysowego;
 - 2) analizowanie i proponowanie warunków organizacyjnych i technicznych umożliwiających realizację zadań obronnych przez szpital;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 63 z 81

- 3) opracowywanie dokumentacji, analizowanie możliwości, proponowanie rozwiązań, organizowanie współdziałania, przygotowanie i doskonalenie procedury szpitala dla realizacji zadań obronnych, opracowywanie i uaktualnianie Wykazu Przedsięwzięć i Procedur Systemu Zarządzania Kryzysowego i Zarządzania Kryzysowego – CRP w ramach niżej wskazanych przedsięwzięć:
 - a) realizacja planowania operacyjnego i programowania obronnego,
 - b) przygotowanie szpitala do realizacji zadań umożliwiających mobilizacyjne rozwinięcie Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) przygotowanie szpitala do realizacji zadań wynikających ze współpracy cywilno-wojskowej,
 - d) przygotowanie szpitala do realizacji zadań wynikających z obowiązków państwa-gospodarza realizowanych na rzecz wojsk sojuszniczych,
 - e) przygotowania szpitala do realizacji zadań w zakresie kierowania obroną państwa,
 - f) przygotowania szpitala do realizacji zadań wynikających ze stanów gotowości obronnej państwa,
 - g) planowanie i realizacji przedsięwzięć gospodarczo-obronnych,
 - h) planowanie i organizowanie świadczeń na rzecz obrony;
- 4) prowadzenie spraw związanych z wyłączeniem pracowników szpitala z obowiązku pełnienia służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
- 5) współdziałanie w przygotowaniu organizacji ochrony obiektów szpitala i realizacji tego zadania w praktyce;
- 6) planowanie i realizacja ćwiczeń i szkolenia obronnego;
- 7) planowanie i wykonywanie kontroli realizacji zadań obronnych;
- 8) utrzymywanie w stałej aktualności planu rozwinięcia łóżek szpitalnych w czasie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny, planu wydzielenia łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych oraz dokumentacji Stałego Dyżuru;
- 9) aktywne uczestnictwo w pracach zespołu ds. obronnych po jego uruchomieniu;
- 10) współpraca z Inspektorem ds. Obronnych PUM w Szczecinie, organami administracji publicznej i organami samorządu terytorialnego oraz szpitalami resortowymi na rzecz których szpital wydziela łóżka.

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych

§ 101

1. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych czuwa nad przestrzeganiem przepisów o ochronie informacji niejawnych w szpitalu oraz zapewnienia ochronę informacji niejawnych przetwarzanych przez szpital. W szczególności do jego zadań należy:




- 1) sprawowanie nadzoru, we współpracy z Wydziałem Informatycznym i Ochrony Cyberprzestrzeni, nad zapewnieniem ochrony systemów teleinformatycznych, w którym przetwarzane są informacje niejawne;
 - 2) w porozumieniu z pełnomocnikiem Dyrektora Naczelnego ds. bezpieczeństwa opracowywanie i aktualizowanie planu ochrony informacji niejawnych w szpitalu;
 - 3) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w szpitalu, które posiadają uprawnienia dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa;
 - 4) zawiadamianie Dyrektora Naczelnego w przypadku naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych i podejmowanie niezwłocznie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności tego naruszenia;
 - 5) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających;
 - 6) planowanie, przygotowanie i prowadzenie szkoleń z pracownikami w zakresie ochrony informacji niejawnych;
 - 7) sporządzanie instrukcji, regulaminów lub procedur normujących zasady postępowania z dokumentami niejawnymi;
 - 8) podejmowanie czynności zmierzających do dostosowania stanowiska komputerowego do przetwarzania informacji niejawnych.
3. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych podejmuje niezwłocznie działania zmierzające do wyjaśnienia okoliczności tego naruszenia oraz ogranicza jego skutki.

Rzecznik prasowy

§ 102

1. Rzecznik prasowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Do podstawowych zadań rzecznika prasowego, należy w szczególności:
 - 1) publiczne prezentowanie działalności szpitala;
 - 2) monitorowanie prasy (prasa, radio, telewizja, internet);
 - 3) archiwizowanie informacji prasowych na temat działalności szpitala;
 - 4) przygotowywanie odpowiedzi na zapytania prasowe oraz sprostowań prasowych;
 - 5) przygotowywanie zleconych prezentacji multimedialnych;
 - 6) organizowanie kontaktów publicznych realizowanych z udziałem lub za pośrednictwem środków masowego przekazu, w tym konferencje prasowe i briefingi;
 - 7) współpraca z kierownikami wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych, w zakresie realizacji obowiązków wynikających z przepisów o dostępie do informacji publicznej;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 65 z 81

- 8) przygotowywanie informacji prasowych na temat działalności szpitala i jego komórek organizacyjnych, udzielanie odpowiedzi na publikacje prasowe oraz audycje radiowe i telewizyjne, a także materiały rozpowszechniane przez środki masowego przekazu dotyczące działalności szpitala, w tym zwłaszcza na krytykę i interwencję prasową oraz przekazywanie komunikatów Dyrekcji do opublikowania w środkach masowego przekazu;
- 9) wykonywanie nakazanych obowiązków związanych z realizacją przez szpital zadań obronnych i z zakresu zarządzania kryzysowego, w tym opracowywanie projektów dokumentów z zakresu komunikacji i działań na wypadek sytuacji kryzysowej;
- 10) stosowanie wprowadzonego Systemu Identyfikacji Wizualnej poprzez tworzenie spójnego i jednolitego wizerunku szpitala oraz dbałość o jego stosowanie;
- 11) współpraca z innymi szpitalami oraz instytucjami i placówkami działającymi w obszarze ochrony zdrowia (np. Narodowym Funduszem Zdrowia);
- 12) współpraca z merytorycznymi komórkami szpitala i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych przez szpital usług medycznych.

Kapelani szpitalni

§ 103

1. Kapelan szpitalny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Kapelani szpitalni pełnią posługi religijne dla pacjentów szpitala, sprawując posługi kapłańskie w zakresie wyznania katolickiego oraz prawosławnego.
3. Szpital umożliwia pacjentom realizację potrzeb religijnych i dostęp do opieki duszpasterskiej, zgodnie z przekonaniem religijnym hospitalizowanych chorych również innych wyznań niż wskazanych w ust. 2.
4. Miejscem pełnienia posług religijnych jest kaplica szpitalna oraz miejsca modlitwne w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych w klinikach i oddziałach szpitalnych.
5. Na prośbę pacjentów lub ich rodzin, a także opiekunów ustawowych posługi religijne mogą być pełnione również przy łóżku chorego.
6. Warunki pełnienia posług religijnych, poza kaplicą szpitalną ustalane są w porozumieniu z lekarzem kierującym kliniką/oddziałem.

Inspektor ochrony radiologicznej

§ 104

1. Inspektor ochrony radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu .
2. Do zakresu obowiązków inspektora ochrony radiologicznej należy w szczególności:



- 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według regulaminu pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
 - 2) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej;
 - 3) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w szpitalu i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi Naczelnemu;
 - 4) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w szpitalu i przedstawianie jej Dyrektorowi Naczelnemu;
 - 5) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
 - 6) współpraca z Działem BHP i Ppoż oraz Działem Jakości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
 - 7) występowanie do Dyrektora Naczelnego z wnioskiem o wstrzymywanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub wymagania bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz informowanie o tym organ, który wydał zezwolenie.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem, obowiązki oraz uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej regulują obowiązujące przepisy prawa, w szczególności ustawa Prawo atomowe.

Pełnomocnik dyrektora ds. praw pacjenta

§ 105

1. Pełnomocnik ds. praw pacjenta podlega organizacyjnie Dyrektorowi Naczelnemu .
2. Pełnomocnik ds. praw pacjenta zapewnia przestrzeganie praw pacjenta w szpitalu, podejmując działania interwencyjne w sytuacjach tego wymagających związanych z realizacją praw pacjenta.
3. Pełnomocnik ds. praw pacjenta wspiera Dyrektora Naczelnego w zakresie realizacji zadań statutowych w obszarze praw pacjenta.
4. Pełnomocnik ds. praw pacjenta współpracuje z pozostałą kadrą kierowniczą szpitala i lekarzami kierującymi jednostkami organizacyjnymi szpitala w zakresie przestrzegania praw pacjenta.
5. Do zadań Pełnomocnika ds. praw pacjenta należy prowadzenie rejestru skarg i wniosków oraz opracowywanie projektów odpowiedzi na skargi.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 67 z 81

Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. bezpieczeństwa – koordynator kontroli zarządczej

§ 106

1. Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. bezpieczeństwa – koordynator kontroli zarządczej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu .
2. Do zakresu obowiązków pełnomocnika dyrektora naczelnego ds. bezpieczeństwa – koordynatora kontroli zarządczej należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie obowiązków z zakresu kontroli zarządczej;
 - 2) koordynowanie czynności wynikających z ochrony fizycznej i technicznej pomiędzy Dyrektorem Naczelnym, firmą ochrony mienia a Policją, Strażą Miejską oraz innymi instytucjami, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo szpitala, w tym odpowiedzialność za funkcjonowanie strefy zamieszkania ustanowionej na terenie szpitala;
 - 3) organizowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa;
 - 4) inicjowanie nowych rozwiązań wewnętrznych szpitala w celu poprawienia bezpieczeństwa pracowników i pacjentów;
 - 5) prowadzenie analizy wpływu podmiotów zewnętrznych na poziom bezpieczeństwa szpitala oraz analizy obowiązujących procedur i zasad ochrony fizycznej z uwzględnieniem zabezpieczenia pomieszczeń istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa procesu świadczenia usługi kluczowej, w szczególności systemu kontroli dostępu (zamki mechaniczne i elektroniczne), system monitoringu wizyjnego, system identyfikacji pracowników oraz służby ochrony fizycznej (osobowej) oraz system przeciwpożarowy (dla ochrony przed ogniem). Ponadto sprawdzenie aktualności procedur alarmowych obowiązujących w szpitalu na wypadek zagrożeń różnego rodzaju;
 - 6) koordynowanie oraz współpraca z firmą ochrony w zakresie rozpoznawania zagrożeń ze względu na dostęp do szpitala osób trzecich (pacjenci, odwiedzający, dostawcy i podwykonawcy usług) na teren szpitala w całodobowo, w tym reagowanie i podejmowanie specjalnych środków wobec osób próbujących uzyskać dostęp do pomieszczeń i obszarów o ograniczonym dostępie, ponadto odpowiednie reagowanie na pozostawiony bez opieki bagaż (torby, walizki i inne przedmioty) na terenie szpitala;
 - 7) koordynowanie czynności wynikających z KRI (Krajowych Ram Interoperacyjności) w celu wdrażania i eksploataowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji w oparciu o wymagania międzynarodowego standardu ISO/IEC 27001, celem minimalizowania ryzyka zmaterializowania się zagrożeń mających niekorzystny wpływ na proces świadczenia usługi kluczowej;



- 8) opracowywanie i wdrażanie wspólnie z kierownikiem Wydziału Informatycznego i Ochrony Cyberprzestrzeni, procedur reagowania na incydenty komputerowe, które będą obowiązywały w organizacji, przygotowanie planów awaryjnych oraz ich testowanie;
- 9) ścisła współpraca z Inspektorem Ochrony Danych i wykonywanie zadań tym zakresie.
- 10) identyfikowanie i prowadzenie cyklicznych analiz ryzyka wynikających z ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa we współpracy z pracownikami Wydziału Informatycznego i Ochrony Cyberprzestrzeni;
- 11) pełnienie funkcji pełnomocnika ds. bieżącej obsługi procedury informowania o nieprawidłowościach zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. i ustawą z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów.

§ 107


Koordinator Zabiegowy

1. Koordynator Zabiegowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Do zakresu obowiązków koordynatora zabiegowego należy w szczególności:
 - 1) planowanie i optymalizacja wykorzystania robota i sali operacyjnej oraz koordynacja dostępu do robota i ćwiczeń dla różnych zespołów;
 - 2) organizacja wyjazdów szkoleniowych oraz ustalanie zapotrzebowania na szkolenia techniczne dla personelu;
 - 3) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia ciągłości pracy systemu.

Warunki współdziałania jednostek i komórek organizacyjnych

§ 108

1. Kliniki/oddziały szpitala współpracują ze sobą w zakresie przenoszenia pacjentów między nimi w celu zapewnienia ciągłości procesu leczenia.
2. W przypadku, gdy w procesie leczenia i diagnostyki okaże się, że dominujące schorzenie nie odpowiada profilowi oddziału, na którym przebywa pacjent, to po konsultacji specjalistycznej zostaje on przeniesiony do właściwego oddziału odpowiadającego schorzeniu dominującemu.
3. Jeśli stan zdrowia pacjenta tego wymaga zostaje on przeniesiony do Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc.
4. Klinika/oddział szpitala współpracuje z innymi oddziałami w zakresie realizacji konsultacji specjalistycznych innych specjalistów poza pracującymi w klinice/oddziale dla potrzeb pacjentów.
5. Klinika/oddział szpitala współpracuje z innymi oddziałami i komórkami w zakresie wykonywania badań diagnostycznych oraz uzyskiwania preparatów krwi dla pacjentów oddziału.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWEERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 69 z 81

6. Klinika/oddział szpitala współpracuje z innymi oddziałami i komórkami w zakresie:
- 1) zaopatrzenia kliniki/oddziału w sprzęt medyczny, leki oraz materiał jednorazowego użytku,
 - 2) zaopatrzenia oddziału w bieliznę oraz środki czystości dla utrzymania właściwego poziomu sanitarno-higienicznego,
 - 3) żywienia dietetycznego pacjentów leczonych w klinice/oddziale.
7. Sposób komunikacji alarmowej ustalony przez Dyrektora Naczelnego w porozumieniu z lekarzem kierującym Kliniką Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrego Zatrucia został wprowadzony odrębnym zarządzeniem.

ROZDZIAŁ VII

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 109

1. W przypadku pacjentów, których stan zdrowia przekracza możliwości diagnostyczne i lecznicze szpitala należy kierować ich na konsultacje specjalistyczne w ośrodku o wyższym poziomie referencyjnym.
2. Konsultacja może być przeprowadzona w innym zakładzie opieki zdrowotnej lub na miejscu przez lekarza konsultanta. Odpowiedzialnym za zorganizowanie takiej konsultacji jest lekarz kierujący kliniki sprawującej opiekę nad pacjentem.
3. W razie konieczności prowadzenia badań i leczenia specjalistycznego pacjenta w innym zakładzie opieki zdrowotnej, lekarz kierujący kliniką lub upoważniony przez niego lekarz uzgadnia przeniesienie. Po wyrażeniu zgody przez pacjenta na leczenie w innym zakładzie leczniczym zostaje on tam skierowany po uzgodnieniu terminu.
4. W razie potrzeby wykonania u pacjentów badań diagnostycznych, które nie są w szpitalu, pacjenci kierowani są na te badania do innych zakładów opieki zdrowotnej, z którymi szpital podpisał umowę.
5. Szpital wykonuje ambulatoryjne badania specjalistyczne oraz badania diagnostyczne dla innych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie zawartych umów.

ROZDZIAŁ VIII

OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA ORAZ POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI OSÓB ZMARŁYCH W SZPITALU


Część 1 - Postępowanie w razie zgonu chorego

§ 110


1. W razie stwierdzenia śmierci chorego pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym fakcie lekarza leczącego, a w przypadku braku takiej osoby lub braku możliwości jej wezwania - lekarza dyżurnego.




2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, powinien niezwłocznie, dokonać oględzin zmarłego i ustalić jego tożsamość, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby dzień i godzinę śmierci, numer statystyczny choroby będącej przyczyną zgonu i informację o skierowaniu na sekcję zwłok bądź zaniechaniu sekcji zwłok.
3. Pielęgniarka odnotowuje dzień i godzinę zgonu w raporcie pielęgniarskim oraz w dokumentacji procesu pielęgnowania;
4. Lekarz, który stwierdził zgon pacjenta, wystawia kartę zgonu, a w przypadku podjęcia decyzji o przeprowadzeniu sekcji także „kartę sekcyjną”.
5. Kartę zgonu wydaje lekarz po uzyskaniu pisemnej decyzji Dyrektora ds. leczenia o zaniechaniu sekcji zwłok lub jej przeprowadzeniu.
6. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu powiadamia osoby lub przedstawicieli ustawowych lub instytucje wskazane przez pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala (telefonicznie lub w inny sposób wskazany przez rodzinę lub pacjenta).
7. Po dokonaniu zawiadomienia personel medyczny wpisuje datę i godzinę tej czynności oraz dane rozmówcy w historii choroby pacjenta.
8. Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy dżumę, gorączkę powrotną, nagminne porażenie dziecięce, nosaciznę, trąd, węglik, wściekliznę, żółtą gorączkę i inne wirusowe gorączki krwotoczne – należy niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu zawinąć w płótno nasyczone płynem dezynfekcyjnym. Ponadto w do takich zwłok należy przestrzegać następujących zasad: w pomieszczeniu, w którym znajdują się zwłoki nie mogą zbierać się ludzie; niedozwolone jest dotykanie zwłok; należy poddać odkażeniu: pomieszczenie, w którym osoba zmarła przebywała oraz wszystkie przedmioty, z którymi była w styczności, jak też środek transportu, którym zwłoki były przewożone; należy wyznaczyć dodatkowe osoby do wykonania toalety pośmiertnej i zabezpieczyć je w dodatkowe środki ochrony osobistej jednorazowego użytku (fartuch, rękawiczki, czepek, maseczki); pościel oraz bieliznę po zmarłym należy oddać do spalania.
9. Wykonanie toalety pośmiertnej należy do obowiązków pielęgniarki i obejmuje:
 - 1) usunięcie wkłuc, opatrunków (także gipsowych),
 - 2) usunięcie cewników, drenów, rurek intubacyjnych, tracheostomijnych i inne,
 - 3) umycie ciała,
 - 4) założenie czystych opatrunków okluzyjnych celem zabezpieczenia miejsc krwawiących,
 - 5) zabezpieczenie ligniną wycieków z naturalnych otworów ciała,
 - 6) przymknięcie powiek i zabezpieczenie wilgotnymi gazikami,
 - 7) założenie protezy, podciągnięcie żuchwy,
 - 8) ręce ułożyć wzdłuż ciała,

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 71 z 81

- 9) oznakowanie ciała poprzez umieszczenie identyfikatora (na przegubie dłoni lub stopy)- za powyższe czynności nie pobiera się opłat oraz nie obejmują one przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania.
10. Pielęgniarka dokonuje oznakowania zwłok poprzez umieszczenie na przegubie dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikatora zawierającego następujące informacje: nazwisko, imię, datę urodzenia, datę i godzinę zgonu, numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.
11. Pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni, która zawiera:
- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu;
 - 4) datę i godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - 5) datę i godzinę umieszczenia zwłok osoby zmarłej w chłodni;
 - 6) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni;
 - 7) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę;
 - 8) pieczętkę kliniki lub oddziału;
 - 9) imię, nazwisko i podpis pracowników transportujących.
12. Zwłoki umieszczane są w worku przeznaczonym do tego celu (należy dokonać perforacji górnej części worka).
13. W przypadku braku możliwości ustalenia tożsamości osoby zmarłej zamiast nazwiska na identyfikatorze umieszczany jest znak NN oraz płeć, data i godzina zgonu, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
14. W przypadku śmierci pacjenta bezdomnego, samotnego (którego pochówkiem nie ma się kto zająć) personel oddziału niezwłocznie powiadamia o tym fakcie pielęgniarkę środowiskową/pracownika socjalnego szpitala (w przypadku zgonu mającego miejsce po godzinie 15⁰⁰ - najpóźniej w godzinach porannych następnego dnia roboczego po zgonie pacjenta).
15. Zwłoki wraz z kartą i identyfikatorem przewożone są do chłodni, jednak nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej.
16. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki przechowywane są w chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należącej zmarłemu.
17. Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny, z zastrzeżeniem ust. 18.
18. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
- 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 72 z 81

- 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
19. Opłata za przechowywanie zwłok w chłodni dłużej niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, określona została w cenniku usług medycznych, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
20. W celu zabezpieczenia rzeczy zmarłego pacjenta:
- 1) pielęgniarka dyżurna w obecności drugiego pracownika szpitala sporządza protokołarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego. Przedmioty wartościowe i pieniądze nieoddane do depozytu przy przyjęciu, przekazywane są do depozytu, a odzież pacjentów przekazywana jest do magazynu odzieży;
 - 2) przedmioty pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddane zostały do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji zwłok bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu z sekcji.
21. Zwłoki niepochowane przez osoby i organy uprawnione do pochówku mogą zostać przekazane uczelni do celów naukowych za zgodą właściwego starosty po uprzednim stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny w karcie zgonu, zawierającej adnotację urzędu stanu cywilnego o zarejestrowaniu zgonu.
22. Transport zwłok odbywa się w worku przeznaczonym do tego celu, do pomieszczenia post mortem. O konieczności przewiezienia zwłok pielęgniarka zawiadamia czynną całodobowo Dyżurkę Główną Ochrony pod numerem telefonu 91 466 10 64 lub w dni robocze do godz. 15.00 do Działu Administracyjno-Gospodarczego pod numerem telefonu 91 466 10 54, 91 466 10 55, 91 466 10 57.
23. Przeprowadzenie dezynfekcji pojazdu po transporcie zwłok jest obowiązkiem pracowników transportujących.
24. Podczas wykonywania wszystkich czynności przy zmarłym należy korzystać ze sprzętu ochrony osobistej (rękawiczki i fartuch ochronny, a w razie potrzeby maseczka i okulary).
25. Wszystkie czynności wykonywane przy zwłokach powinny odbywać się z zachowaniem powagi i szacunku dla osoby zmarłej.
26. Przeprowadzenie dezynfekcji windy i drogi transportu zwłok każdorazowo wykonywane jest przez pracowników Działu Higieny.
27. Zasady postępowania w razie zgonu pacjenta, zasady wykonywania sekcji zwłok, zasady sporządzania i wydawania kart zgonów reguluje odrębna procedura postępowania w razie śmierci pacjenta, wprowadzona na podstawie zarządzenia Dyrektora Naczelnego.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 73 z 81

28. Szczegółowe zasady postępowania w razie śmierci pacjenta hospitalizowanego, postępowania w razie śmierci pacjenta na terenie szpitala, bądź w jego bezpośredniej okolicy zostały uregulowane w odrębnych zarządzeniach Dyrektora Naczelnego.

Część 2. – Zasady wykonywania sekcji zwłok

§ 111

1. W każdym przypadku zgonu pacjenta w szpitalu lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (ewentualnie lekarz dyżurny) jest zobowiązany sporządzić w historii choroby stosowną adnotację o dokonaniu sekcji zwłok lub jej zaniechaniu wraz z uzasadnieniem.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane badaniu pośmiertnemu (sekcji) w szczególności, gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny lub gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, chyba że pacjent za życia wyraził sprzeciw lub uczynił to jego przedstawiciel ustawowy tj. rodzic dziecka małoletniego bądź opiekun osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw wraz z odpowiednim uzasadnieniem.
3. Sprzeciw, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania w:
 - 1) przypadkach określonych w kodeksie postępowania karnego;
 - 2) sytuacjach, gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) przypadkach określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.
4. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
5. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek i narządów, zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji przed upływem 12 godzin od chwili przyjęcia go do szpitala.
6. Prawo do wnoszenia o zaniechanie sekcji zwłok ma lekarz prowadzący lub lekarz kierujący kliniką/oddziałem, który kieruje wnioskiem o odstąpienie od sekcji do Dyrektora ds. lecznictwa.
7. Zgodnie z obowiązującymi przepisami zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji jeżeli sam pacjent za życia lub jego przedstawiciel ustawowy wyraził w tej kwestii sprzeciw udokumentowany w historii choroby. Sprzeciw ten traci ważność w przypadkach wymienionych w ust. 3.
8. Pracownik prosektorium odpowiedzialny jest za powiadomienie lekarza patomorfologa i ustalenie terminu sekcji.

Część 3. - sporządzanie i wydawanie kart zgonu

§ 112

1. Kartę zgonu wypełnia się dla:
 - 1) osób zmarłych;




- 2) dzieci martwo urodzonych, na wniosek osób uprawnionych do ich pochowania, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
2. Kartę zgonu pacjenta zmarłego w szpitalu wypełnia lekarz, o którym mowa w § 110 ust. 4.
3. Kartę zgonu wydaje lekarz po uzyskaniu pisemnej decyzji jednego z Dyrektorów ds. lecznictwa, o zaniechaniu sekcji zwłok lub jej przeprowadzeniu.
4. Kartę zgonu wydaje się podmiotom uprawnionym do pochowania zwłok, w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych tj.:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) krewnym zstępnym;
 - 3) krewnym wstępnym;
 - 4) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa;
 - 5) powinowatym w linii prostej do 1 stopnia;
 - 6) osobie dobrowolnie zobowiązującej się do pochowania zwłok;
 - 7) przedstawicielowi właściwego ośrodka pomocy społecznej;
 - 8) przedstawicielom organów państwowych instytucji i organizacji społecznych w przypadku zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa.

ROZDZIAŁ IX

MONITORING POMIESZCZEŃ

§ 113

1. W szpitalu prowadzony jest całodobowy monitoring pomieszczeń:
 - 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników,
 - 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych,
 - 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa,
 – za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 75 z 81

2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania. W przypadku USK-2 nagranie z monitoringu przechowywane jest przez okres 30 dni.
3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.
4. Szczegółowy wykaz kamer oraz zasady obserwacji pomieszczeń określa regulamin monitoringu pomieszczeń oraz regulamin pracy.
5. Monitoring, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, obejmuje w szczególności pomieszczenia wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu operacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

ROZDZIAŁ X

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Część 1. - prawa pacjenta

§ 114

1. Prawa pacjenta, a w szczególności:
 - 1) prawo do świadczeń zdrowotnych,
 - 2) prawo do informacji o swoim stanie zdrowia,
 - 3) prawo do tajemnicy informacji z nim związanych,
 - 4) prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - 5) prawo do poszanowania intymności i godności,
 - 6) prawo do dokumentacji medycznej,
 - 7) prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
 - 8) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
 - 9) prawo do opieki duszpasterskiej,
 - 10) prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

- określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustanowiona w szpitalu Karta Praw Pacjenta.
2. Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta udostępniona jest pacjentom szpitala we wszystkich jednostkach lub komórkach organizacyjnych działalności medycznej.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 76 z 81

Część 2. - obowiązki pacjenta

§ 115

1. Pacjent jest obowiązany do przestrzegania obowiązków wynikających z regulaminów i innych wewnętrznych aktów normatywnych, w szczególności regulaminów klinik, oddziałów, zakładów, poradni i pracowni, obowiązujących w szpitalu oraz dostosowania się do zasad organizacyjnych przyjętych szpitalu.
2. Obowiązujące regulaminy porządkowe udostępniane są pacjentom w celu zapoznania.

ROZDZIAŁ XI

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT I WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ, ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODRĘBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATNOŚCIĄ

§ 116

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych zarówno nieodpłatnie jak i odpłatnie.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach umów z NFZ oraz w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
4. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
5. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze świadczeń publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.
6. W ramach szpitala odpłatnie udzielane są:
 - 1) wszystkie świadczenia medyczne osobom nieubezpieczonym oprócz POZ;
 - 2) świadczenia medyczne podmiotom leczniczym zgodnie z treścią zawartych umów pomiędzy szpitalem a dysponentami środków finansowych;
 - 3) badania laboratoryjne i diagnostyczne pacjentom bez skierowań;
 - 4) świadczenia rehabilitacyjne;
 - 5) świadczenia zdrowotne nie zakontraktowane w NFZ;
 - 6) inne świadczenia zdrowotne, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w stanie nagłym (zagrożenia życia lub zdrowia, wymagającym podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia).

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 77 z 81


7. Świadczenia zdrowotne odpłatne mogą być realizowane na podstawie:
- 1) umowy z innym pracodawcą – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w umowie, a pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi;
 - 2) umowy z towarzystwem ubezpieczeń – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi;
 - 3) indywidualnego rozliczenia z pacjentem:
 - a) w przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego, pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia ma prawo poznać jego cenę;
 - b) w przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, pacjent ma możliwość uregulowania należności za usługę przed jej rozpoczęciem lub po jej zakończeniu;
 - c) zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana wpłatą gotówkową za pokwitowaniem w punktach inkasenckich lub przelewem na wskazany rachunek bankowy;
 - d) na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiany jest rachunek.
8. Podstawą opłaty świadczeń jest „Cennik Usług Medycznych” zatwierdzony przez Dyrektora Naczelnego.

ROZDZIAŁ XII

SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI I KOMÓRKAMI SZPITALA

§ 117

1. Dyrektor Naczelny zarządza szpitalem przy pomocy Dyrektorów, głównego księgowego, kierowników jednostek i komórek organizacyjnych oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach.
2. Dyrektor Naczelny może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas umocowania.
3. Dyrektorzy kierują działalnością podległych im jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie ustalonym przez Dyrektora Naczelnego.
4. Kierownicy poszczególnych jednostek i komórek odpowiadają za wykonanie zadań merytorycznie związanych z zakresem działalności kierowanych przez nich jednostek i komórek organizacyjnych oraz doraźnie zleczanych przez Dyrektora Naczelnego lub osoby go zastępujące, właściwe dla przedmiotu działania danej jednostki lub komórki organizacyjnej.
5. Kierownicy poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych współdziałają z inspektorem ds. obronnych w realizacji zadań obronnych.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 78 z 81

6. Pracą kliniki kieruje lekarz kierujący a pracą oddziału kieruje kierownik oddziału, którzy podlegają bezpośrednio właściwemu Dyrektorowi ds. lecznictwa.
7. Za organizację pracy pielęgniarek, położnych, opiekunów medycznych i ratowników medycznych odpowiada Dyrektor ds. pielęgniarstwa i położnictwa, który sprawuje nadzór poprzez Zastępcę dyrektora ds. pielęgniarstwa i Zastępcę dyrektora ds. położnictwa oraz pielęgniarki/położne/oddziałowe/koordynujące.
8. Pracą zakładów diagnostycznych kierują kierownicy, którzy podlegają Dyrektorowi ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2.
9. Zasady i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określa odrębne zarządzenie Dyrektora Naczelnego.

ROZDZIAŁ XIII

RODZAJE I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, SPOSÓB JEJ PROWADZENIA, PRZETWARZANIA ORAZ SZCZEGÓLWE WARUNKI JEJ UDOSTĘPNIENIA.


§ 118

1. Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych szpitala.
2. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:
 - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości;
 - 2) oznaczenie szpitala ze wskazaniem jednostki lub komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
 - 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
 - 4) datę sporządzenia.
3. Szpital zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
4. Szpital udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru;
 - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 79 z 81

uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

- 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - 9) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
 - 10) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - 11) pozostałym podmiotom, o których mowa w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu w szpitalu;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) na żądanie organów władzy publicznej lub sądów powszechnych - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, oraz w przypadkach gdy zwłoka wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - 4) na informatycznym nośniku danych.
7. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 6 pkt. 2 i 5 szpital pobiera opłatę zgodnie z obowiązującym Cennikiem Usług Medycznych (Załącznik Nr 3), z zastrzeżeniem, że udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie podlega opłacie.
8. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie</p>	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 80 z 81

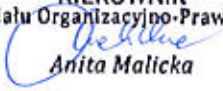
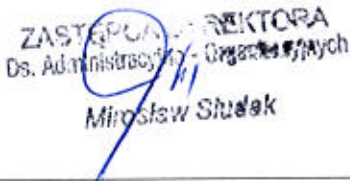


- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.
9. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, sposób jej prowadzenia i szczegółowe warunki jej udostępniania określają odrębne przepisy.

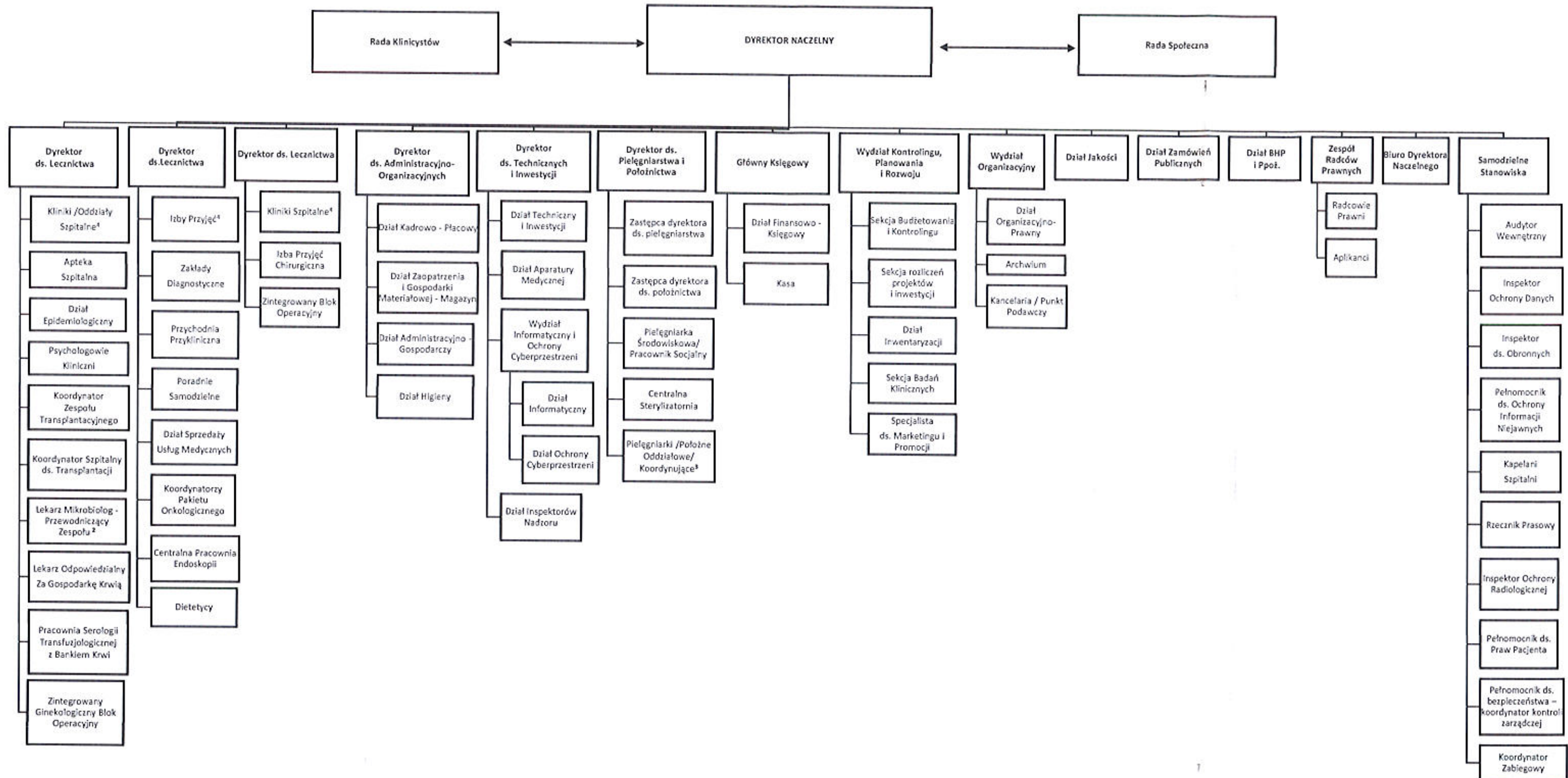
Historia zmian:

Lp.	Treść zmiany	Data wprowadzenia zmiany
1.	<p>Było: § 54</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zakład Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2. 2. Kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2. 3. Kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego. 4. Struktura Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej przedstawia się następująco: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pracownia Radiologii Zabiegowej; 2) Pracownia Ultrasonografii; 3) Pracownia Mammografii; 4) Pracownia Tomografii Komputerowej. 5. W pracowni, o której mowa w ust. 4 pkt 1, udzielane są świadczenia medyczne w zakresie przeskórnych zabiegów wewnątrznaczyniowych. W pracowniach wskazanych w ust. 4 pkt 2-4 w ramach diagnostyki obrazowej wykonywane są badania u chorych leczonych w Szpitalu bądź skierowanych z lecznictwa ambulatoryjnego, a także badania odpłatne. 6. Szczegółowy zakres czynności pracowni, o których mowa w ust. 4, ustala kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej w porozumieniu z zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2. <p>Jest: § 54</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zakład Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2. 2. Kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2. 3. Kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej jest bezpośrednim przełożonym personelu w nim zatrudnionego. 4. Struktura Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej przedstawia się następująco: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pracownia Radiologii Zabiegowej; 2) Pracownia Ultrasonografii; 3) Pracownia Mammografii; 4) Pracownia Tomografii Komputerowej; 5) Pracownia Rezonansu Magnetycznego. 5. W pracowni, o której mowa w ust. 4 pkt 1, udzielane są świadczenia medyczne w zakresie przeskórnych zabiegów wewnątrznaczyniowych. W pracowniach wskazanych w ust. 4 pkt 2-5 w ramach diagnostyki obrazowej wykonywane są badania u chorych leczonych w Szpitalu bądź skierowanych z lecznictwa ambulatoryjnego, a także badania odpłatne. 6. Szczegółowy zakres czynności pracowni, o których mowa w ust. 4, ustala kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej w porozumieniu z zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 2. 	01.05.2025
2.	<p>Zmiana nazewnictwa w całości dokumentu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zmianę nazwy stanowiska dyrektora szpitala z „Dyrektor” na „Dyrektor Naczelny”; 2) zmianę nazw stanowisk zastępców dyrektora z: 	01.05.2025 r.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie		
 UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w Szczecinie	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	Wydanie: 14
		Data wydania: 25-02-2025
		Strona: 81 z 81

	a) „Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa” na „Dyrektor ds. Lecznictwa” – w odniesieniu do wszystkich trzech zastępców; b) „Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Organizacyjnych” na „Dyrektor ds. Administracyjno-Organizacyjnych”; c) „Zastępca Dyrektora ds. Technicznych i Inwestycji” na „Dyrektor ds. Technicznych i Inwestycji”; 3) zmianę nazwy stanowiska Naczelnej Pielęgniarki z „Naczelna Pielęgniarska” na „Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa”; 4) zmianę nazwy stanowiska „Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki” na „Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa”; 5) zmianę nazwy „Centralnej Sterylizacji” na „Centralną Sterylizatornię”.	
3.	utworzenie dodatkowego stanowiska „Zastępcy Dyrektora ds. Położnictwa” w ramach nowo nazwanego pionu „Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa”;	01.05.2025 r.
4.	utworzenie nowego stanowiska „Koordynator Zabiegowy”	01.05.2025 r.
5.	utworzenie samodzielnego stanowiska „Koordynator Zabiegowy”.	01.05.2025 r.
6.	zmiana załącznika nr 1 „Struktura Organizacyjna Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie”.	01.05.2025 r.
7.	zmiana jednostek redakcyjnych, poprawa interpunkcji, literówek oraz oczywistych omyłek pisarskich.	30.04.2025r.
8.	uchylenie w treści dokumentu zapisów dotyczących Oddziału Klinicznego Ginekologii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej oraz Poradni Ginekologii i Chorób Nowotworowych.	30.04.2025
9.	zmiana załącznika nr 2 „Struktura Organizacyjna zakładów leczniczych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie”.	30.04.2025 r.

OPRACOWAŁ	SPRAWDZIŁ	ZATWIERDZIŁ
KIEROWNIK Działu Organizacyjno-Prawnego  Anita Malicka	Merytorycznie:  ZASTĘPCA DYREKTORA Ds. Administracyjno-Organizacyjnych Mirosław Siudek	 DYREKTOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie dr n. zdt. Marcin Sygut
	Formalnie: KIEROWNIK Działu Jakości  mgr Edyta Eliaszewicz	
Data i podpis		Data i podpis



UWAGA:

¹Struktura organizacyjna obowiązuje od 1 maja 2025 r.

²Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.

³Pielęgniarki/położne oddziałowe/koordynujące podlegają Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa pod względem merytorycznym.

⁴dotyczy Klinik i Oddziałów wskazanych w treści regulaminu organizacyjnego.

Ponadto:

➤ Szczegółową strukturę organizacyjną wszystkich zakładów leczniczych określa załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.

➤ Podległość służbowa i organizacyjna oraz zasady współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi wynikają z postanowień Regulaminu Organizacyjnego oraz zakresu obowiązków i odpowiedzialności merytorycznej.

DYREKTOR
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2
PUM w Szczecinie
dr n. zdraż. Marcin Sygut

*„Struktura organizacyjna zakładów leczniczych
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie”.*

I. Zakład leczniczy: **SZPITAL USK-2**

1. Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej:

1) Ośrodek Leczenia Otyłości;

2. Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii;

3. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej;

4. I Klinika Okulistyki:

1) Pracownia Laserowa;

2) Pracownia Diagnostyki Obrazowej i Perymetrii (USG, OCT, Perymetria);

3) Izba Przyjęć Klinik Okulistycznych;

5. II Klinika Okulistyki:

1) Oddział Okulistyki Dziecięcej;

2) Pracownia Laserowa;

3) Pracownia Elektrofizjologiczna;

4) Izba Przyjęć Klinik Okulistycznych;

6. Klinika Kardiochirurgii:

1) Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiochirurgicznego;

2) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej;

3) Pracownia Ultrasonografii Kardiologicznej;

4) Izba Przyjęć Klinik Kardiologii i Kardiochirurgii.

7. Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym:

1) Izba Przyjęć Klinik Kardiologii i Kardiochirurgii;

2) Pracownia Hemodynamiki;

3) Pracownia Elektrofizjologii;

4) Pracownia Ultrasonografii Kardiologicznej;

5) Pracownia Elektrokardiograficzna;

6) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów - Stymulatorów Serca;

7) Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego;

8) Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej;

8. Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt:

- 1) Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
 - 2) Oddział Onkologii Klinicznej.
9. Klinika Położnictwa i Ginekologii:
- 1) Oddział Patologii Ciąży, Położnictwa i Ginekologii;
 - 2) Blok Porodowo-Operacyjny;
 - 3) Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
10. Klinika Patologii Noworodka:
- 1) Oddział Neonatologii;
 - 2) Bank Mleka Kobięcego.
11. Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych:
- 1) Ośrodek Dializ;
 - 2) Izba Przyjęć Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych.
12. Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostreńch Zatruc.
13. Izba Przyjęć Chirurgiczna.
14. Zintegrowany Blok Operacyjny.
15. Blok Operacyjny Klinik Okulistyki.
16. Apteka Szpitalna.
17. Centralna Sterylizatornia.
18. Dział Epidemiologiczny.
19. Pielęgniarka Środowiskowa/Pracownik Socjalny.
20. Zintegrowany Ginekologiczny Blok Operacyjny.

2) Zakład leczniczy: „**AMBULATORIUM USK-2**”

1. Przychodnia Przyklinikczna:
 - 1) Poradnia Urologiczna,
 - 2) Poradnia Neurologiczna,
 - 3) Poradnia Chorób Naczyń,
 - 4) Poradnia Endokrynologii,
 - 5) Poradnia Diabetologiczna,
 - 6) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
 - 7) Poradnia Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej,
 - 8) Poradnia Leczenia Bólu,
 - 9) Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
 - 10) Poradnia Medycyny Pracy.
2. Poradnia Onkologiczna z Punktem Podawania Cytostatyków.

3. Poradnia Alergologiczna.
4. Poradnia Genetyczna.
5. Poradnie Okulistyczne:
 - 1) poradnie okulistyczne ogólne,
 - 2) poradnie witrektomijne,
 - 3) poradnie onkologiczne,
 - 4) poradnia leczenia jaskry,
 - 5) poradnia neurookulistyczna,
 - 6) poradnia leczenia chorób rogówki,
 - 7) poradnia leczenia chorób siatkówki.
6. Poradnia Okulistyczna Dziecięca i Strabologiczna,
7. Poradnia Okulistyczna dla Wcześnieaków,
8. Poradnia Wad Serca,
9. Poradnia Kardiochirurgiczna,
10. Poradnia Kardiologiczna,
11. Poradnia Ginekologiczna,
12. Poradnia Ginekologii Onkologicznej,
13. Poradnia Patologii Ciąży i Chorób Kobięcych,
14. Poradnia Patologii Noworodka,
15. Poradnia Transplantologiczna,
16. Poradnia Anestezjologiczna,
17. Poradnia Chorób Wewnętrznych,
18. Poradnia Nefrologii,
19. Poradnia Badań Prenatalnych.

3) Zakład leczniczy: „DIAGNOSTYKA USK-2”

1. Zakład Radiologii Ogólnej, Stomatologicznej i Zabiegowej:
 - 1) Pracownia Radiologii Zabiegowej,
 - 2) Pracownia Ultrasonografii,
 - 3) Pracownia Mammografii,
 - 4) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - 5) Pracownia Rezonansu Magnetycznego.
2. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej:
 - 1) Pracownia Hematologii,
 - 2) Pracownia Analityki Ogólnej,

- 3) Pracownia Biochemii,
 - 4) Pracownia Immunochemii,
 - 5) Pracownia Koagulologii,
 - 6) Pracownia Białek,
 - 7) Pracownia Mikrobiologiczna,
 - 8) Pracownia Immunologiczna,
 - 9) Pracownia HLA
 - 10) Pracownia Alergologiczna
3. Centralna Pracownia Endoskopii.
 4. Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi.
 5. Pracownia Diagnostyczno-Zabiegowa Urologii i Onkologii Urologicznej.
 6. Zakład Patomorfologii.

DYREKTOR
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2
PUM w Szczecinie
dr n. zdr. *Marcin Sygut*