

UCHWAŁA NR VIII/3 /21
RADY SPOŁECZNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W BOLESŁAWCU
z dnia 21 lipca 2021 roku

**w sprawie zaopiniowania Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego
Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu**

Na podstawie Art.48 ust.2 pkt. 2 lit. f ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 711 z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§1

Opiniuje się pozytywnie Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu stanowiący załącznik do niniejszej Uchwały.

§2

Wykonanie Uchwały powierza się Dyrektorowi Szpitala.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podpisania.

RADA SPOŁECZNA
Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Bolesławcu

PRZEWODNICZĄCA RADY SPOŁECZNEJ
Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Bolesławcu
Teresa Zembik
Teresa Zembik

SPRAWDZONO POD
WZGŁĘDEM PRAWNYM

ADWOKAT
Tomasz R. Weigt



*Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 27/2021
Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych w Bolesławcu z dnia 14 lipca 2021r.*

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu

14 lipca 2021r.

SPIS TREŚCI

DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

DZIAŁ II. CELE I ZADANIA PODMIOTU

DZIAŁ III. MISJA I POLITYKA JAKOŚCI PODMIOTU

Rozdział I. Misja Szpitala

Rozdział II. Polityka Jakości

DZIAŁ IV. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Rozdział II. Struktura organizacyjna i zakres działania komórek organizacyjnych Szpitala

Rozdział III. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze

Rozdział IV. Zasady współdziałania komórek organizacyjnych

DZIAŁ V. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

DZIAŁ VI. OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

Rozdział I. Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta

DZIAŁ VII. WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ ZAKŁAD

DZIAŁ VIII. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

DZIAŁ IX. POSTĘPOWANIE Z DEPOZYTEM PACJENTA

DZIAŁ X. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA ORAZ TRYB ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

Rozdział I. Prawa i obowiązki pacjenta

Rozdział II. Tryb rozpatrywania skarg i wniosków

XI. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI, LECZENIA PACJENTÓW I CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA

DZIAŁ XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Dział I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

Niniejszy regulamin ustala zasady organizacji oraz porządek udzielania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu.

§2

Ilećroć w regulaminie jest mowa o:

- **Szpitalu**– oznacza to Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu,
- **Podmiocie leczniczym**- oznacza to Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu,
- **Zakładzie**– należy prze to rozumieć podmiot leczniczy Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu;
- **Dyrektorze**- należy przez to rozumieć Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu,
- **Przedstawicielu ustawowym**– oznacza osobę upoważnioną z mocy ustawy: rodzina, lub na podstawie postanowienia sądu opiekuna, kuratora, pacjenta nie posiadającego zdolności do czynności prawnych,
- **Opiekunie faktycznym**- oznacza osobę wykonującą bez obowiązku ustawowego statą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny, opieki takiej wymaga,
- **Osobie uczestniczącej w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych**– oznacza osobę realizującą zadania wynikające ze statutowej działalności Szpitala na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej.
- **UoDL**– oznacza to ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
-

§3

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu, zwany dalej Szpitalem, jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego Szpitala opieki zdrowotnej.

§4

1. Szpital wpisany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego, pod numerem **księgi rejestrowej 000000001834** oraz do Krajowego Rejestru Sądowego- rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej **nr KRS: 0000011456**.
2. Szpital posiada identyfikator wg systemu **REGON: 000294190** oraz numer identyfikacji podatkowej- **NIP: 612-15-42-513**

§5

Siedzibą Szpitala jest miasto Bolestawiec, ul. Aleja Tysiąclecia 30

§6

1. Podstawowym obszarem działania Szpitala jest teren Województwa Dolnośląskiego.
2. Szerszy obszar działania wynikać może z zawartych umów.

§7

Organem założycielskim Szpitala jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego.

§8

1. Zakres świadczeń zdrowotnych jest zgodny z kierunkami działania Szpitala, przy czym odpowiada aktualnie dostępnej wiedzy oraz możliwością wdrażania postępu w zakresie dyscyplin medycznych w Szpitalu i obejmuje następujące rodzaje działalności leczniczej:
 - 1) stacjonarne i całodobowe szpitalne świadczenia zdrowotne,
 - 2) stacjonarne i całodobowe inne niż szpitalne świadczenia zdrowotne,
 - 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. W ramach wyodrębnionych rodzajów działalności, wymienionych w ust. 1., Szpital jako podmiot leczniczy prowadzi następujące zakłady:
 - 1) **WSZDNIPCH- Szpital**, dla którego nadano nr REGON: 000294190-00028
 - 2) **WSZDNIPCH- Opieka i Rehabilitacja**, dla którego nadano nr REGON: 000294190-00042
 - 3) **WSZDNIPCH- Poradnie i Diagnostyka**, dla którego nadano nr REGON: 000294190-00035
2. Zakres udzielanych świadczeń wynika ze statutu Szpitala oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.

§9

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego Szpital oraz organem doradczym Dyrektora.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa UoDL oraz Statut Szpitala.

§10

1. Organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych Szpitala określa niniejszy Regulamin organizacyjny, a w szczególności:
 - 1) cele i zadania Szpitala,
 - 2) zakres, miejsce oraz przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) strukturę organizacyjną oraz organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, wraz z warunkami współdziałania tych komórek,
 - 4) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 5) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,

- 7) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
- 8) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych inne niż finansowane ze środków publicznych,
- 9) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi.

2. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala.

§11

1. Działalność Szpitala regulują przepisy mające zastosowanie w ochronie zdrowia oraz przepisy wewnętrzne.
2. Przepisy wewnętrzne są wydawane przez Dyrektora Szpitala w formie regulaminów, zarządzeń, poleceń służbowych, pism, instrukcji, procedur i standardów.

§12

1. Udostępnianie informacji w Szpitalu określają następujące zasady:
 - 1) udostępnianie jakichkolwiek danych, informacji, materiałów i dokumentów służbowych dotyczących działalności Szpitala następuje na zasadach ustalonych przez Dyrektora Szpitala w oparciu o obowiązujące przepisy;
 - 2) udostępnianie danych, dokumentów, informacji podmiotom i organom na zewnątrz szpitala odbywa się po zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala,
 - 3) wszystkie pisma, dokumenty i dane z poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala trafiają do Sekretariatu gdzie są przekazywane do Dyrektora Szpitala lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa do akceptacji;
 - 4) wszystkie pisma i dokumenty przychodzące do szpitala trafiają do Sekretariatu, a następnie do Dyrektora Szpitala, gdzie są rozdzielane do realizacji przez poszczególne komórki organizacyjne;
 - 5) Sekretariat sprawuje nadzór nad realizacją terminów poszczególnych pism wychodzących;
 - 6) dokumenty, korespondencja, pisma wychodzące i przychodzące są ewidencjonowane w rejestrze korespondencji wychodzącej i przychodzącej.

§12A

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str.2) Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu jest Administratorem Danych Osobowych.
2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonaniem praw przysługujących na mocy przepisów RODO osobom, których dane są przetwarzane, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej : rodo@szpitalpsychiatryczny.pl

§12B

1. W celu zapewnienia porządku i bezpieczeństwa na terenie Szpitala oraz wokół niego, a także w celu zapewnienia ochrony mienia, zgodnie z art. 5 i art.6 ust.1 pkt. c i f rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w prawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), zgodnie z art. 18e ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej z uwzględnieniem art. 22² ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy (Dz. U. z dnia 2018r., poz. 917 ze zm.) wprowadzono monitoring wizyjny w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu polegający na rejestracji obrazu w czasie rzeczywistym.
2. System monitoringu wizyjnego składa się z kamer zainstalowanych na zewnątrz i wewnątrz budynku.
3. Materiały pozyskane z monitoringu będą wykorzystywane wyłącznie w celu określonym w ust.1.
4. Materiały pozyskane z monitoringu będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 14 dni od rejestracji, po upływie terminu przechowywania zapis usuwany jest automatycznie poprzez nadpisanie kolejnym zapisem w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie.
5. Materiały pozyskane w ramach realizacji obowiązku wynikającego z §18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zapis z monitoringu przechowywane będą przez okres, co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwany jest automatycznie poprzez nadpisanie kolejnym zapisem w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie.
6. Pracownik, którego dane znajdują się w materiałach pozyskanych z monitoringu, ma prawo do dostępu do tych danych oraz prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przysługuje mu prawo do przenoszenia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu.

Dział II

CELE I ZADANIA PODMIOTU

§13

Celem działania Szpitala jest:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 2) profilaktyka i promocja zdrowia.

§14

Do zadań Szpitala należy:

- 1) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinach zakresach:
 - a) psychiatria,
 - b) psychiatria dla dzieci i młodzieży,
 - c) leczenie środowiskowe (domowe),
 - d) terapia uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
 - e) neurologia;
- 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych w dziedzinach i zasadach:
 - a) psychiatria,
 - b) psychiatria dla dzieci i młodzieży,
 - c) psychiatria sądowa w warunkach podstawowego zabezpieczenia,
 - d) toksykologia kliniczna,
 - e) leczenie uzależnień, w tym świadczenia terapii ,
 - f) rehabilitacja lecznicza neurologiczna,
 - g) rehabilitacja ogólnoustrojowa,
 - h) świadczenia udzielane w izbie przyjęć,
 - i) apteka szpitalna,
- 3) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne w dziedzinach i zakresach: świadczeń opiekuńczo- leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych;
- 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - a) diagnostyka obrazowa,
 - b) diagnostyka laboratoryjna,
 - c) profilaktyka i promocja zdrowia,
 - d) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
- 5) Uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.
- 6) Realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.
- 7) Najmu i dzierżawy pomieszczeń, nieruchomości, sprzętu i materiałów.

§15

Szpital dla osiągnięcia swoich celów i realizacji zadań:

- 1) współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
- 2) korzysta ze współpracy międzynarodowej na mocy odrębnych porozumień;
- 3) współpracuje z uczelniami wyższymi i instytutami naukowo – badawczymi.

§16

Szpital prowadzi działalność wyodrębnioną organizacyjnie, inną niż działalność lecznicza, w zakresie:

- 1) usług transportowych i parkingowych;

- 2) sprzedaży rękodzieła;
- 3) działalności szkoleniowo – edukacyjnej;
- 4) działalności wydawniczej;
- 5) usług gastronomicznych;
- 6) usług pralniczych;
- 7) najmu i dzierżawy pomieszczeń, nieruchomości, sprzętu i materiałów.

Dział III MISJA I POLITYKA JAKOŚCI PODMIOTU

Rozdział I. Misja

§17

1. Misją Szpitala jest: **„Miarą kultury społeczeństwa jest jego stosunek do psychicznie chorych”**
2. Misja Szpitala jest realizowana przez osoby uczestniczące w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez:
 - świadczenie usług w sposób profesjonalny, sumienny i przyjazny dla pacjenta utrzymując standardy jakości usług oraz wykonywanie zadań zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej,
 - stwarzanie atmosfery sprzyjającej powracaniu do zdrowia pacjentów i zachęcającej do pracy,
 - zaspakajanie wszystkich potrzeb pacjentów,
 - promowanie zdrowia psychicznego w celu przełamywania barier społecznych.

Rozdział II. Polityka Jakości

§18

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu ustanowił Politykę Jakości, której zasady są obowiązujące dla wszystkich pracowników. Poprzez realizację celów polityki jakości dążymy do uzyskania najwyższego poziomu świadczonych usług. Wszyscy pracownicy są świadomi jej celów i zobowiązują się do ich realizacji, co stanowi gwarancję funkcjonowania i doskonalenia skuteczności Systemu Zarządzania Jakością, zgodnego z wymaganiami normy PN– EN ISO 9001:2015. Dyrekcja Szpitala deklaruje, iż wszystkie czynności związane z funkcjonowaniem Szpitala są zgodne z obowiązującymi unormowaniami prawnymi. Podstawowym celem naszej placówki jest rozpoznawanie, diagnozowanie, leczenie, rehabilitacja oraz profilaktyka zaburzeń psychicznych i nerwowych w warunkach stacjonarnych, oraz prowadzenie leczenia zaburzeń psychicznych dorosłych, dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym, a szczególności:

- hospitalizacja w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień,
- prowadzenie leczenia ambulatoryjnego i konsultacji w zakresie psychiatrii ogólnej, psychiatrii dziecięcej i uzależnień alkoholowych,
- prowadzenie konsultacji i szkoleń w zakresie uzależnień alkoholowych,
- prowadzenie profilaktyki w zakresie zaburzeń psychicznych,
- udzielenie konsultacji z zakresu dyscyplin medycznych reprezentowanych w Szpitalu,

- prowadzenie hospitalizacji chorych psychicznie na zasadach opieki długoterminowej,
- udzielenia świadczeń rehabilitacyjnych, świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i dodatkowych badań diagnostycznych stacjonarnych i ambulatoryjnych z wykorzystaniem aparatury diagnostycznej,
- oddziaływanie edukacyjne na szeroko pojęte środowisko zewnętrzne Szpitala i promocja zdrowia psychicznego,
- realizacja środków leczniczo- zapobiegawczych orzekanych przez Sąd, oraz wydawanie opinii na polecenie sądu.

Politykę jakości realizować będziemy poprzez następujące cele strategiczne:

- nieustanne podnoszenie kwalifikacji personelu poprzez uczestnictwo w specjalistycznych programach szkoleń w odpowiedzi na zwiększający się rynek i potrzeby pacjentów,
- systematyczną modernizację i rozbudowę zaplecza technicznego dla polepszenia jakości i efektywności oferowanych usług,
- realizowanie celów biznesowych, takich jak: osiągnięcie planowanej sprzedaży usług medycznych, zapewnienie płynności finansowej oraz generowanie zysku dla rozwoju Szpitala,
- stwarzanie warunków sprzyjających powracaniu do zdrowia oraz przyjaznej atmosfery otaczającej pacjenta na każdym etapie usługi,
- przełamywanie barier społecznych w stosunku do osób chorych psychicznie- promocja zdrowia psychicznego
- ciągłe badanie poziomu satysfakcji pacjentów i wnikliwe rozpatrywanie każdej skargi.

Dział IV

ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§19

1. Dyrektor Naczelny kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor podejmuje samodzielne decyzje dotyczące funkcjonowania Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
4. Dyrektor wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,
 - 3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,

- 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
- 6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych,
5. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
 - 1) zarządzenia,
 - 2) decyzje,
 - 3) instrukcje,
 - 4) procedury.
6. Dyrektor wyznacza swoich zastępców.
7. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych.
8. Dyrektor zawiera umowy cywilno – prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
9. Dyrektor ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
10. Dyrektor wydaje i zatwierdza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
11. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika Szpitala,
 - 2) kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
 - 3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
 - 4) współdziałania z organem założycielskim oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 5) wydawania wewnętrznych aktów prawnych,
 - 6) ustalania Regulaminu Organizacyjnego,
 - 7) zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowanie przepisów prawa.
12. Dyrektor może upoważnić Zastępcę do czynności wymienionych w pkt. 8 na czas swojej nieobecności.
13. Rada Społeczna jest organem opiniodawczym i inicjującym w odniesieniu do Samorządu Województwa Dolnośląskiego oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.
14. Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze przy pomocy:
 - Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno- Organizacyjnych
 - Przełożonej Pielęgniarek;
 - Głównego Księgowego;
 - ordynatorów/ kierowników oddziałów,
 - kierowników komórek organizacyjnych.

§20

1. Komórkami organizacyjnymi Szpitala kierują kierownicy, powoływani i odwoływani przez Dyrektora Szpitala.
2. Oddziałami szpitalnymi i ich pododdziałami kierują ordynatorzy bądź kierownicy oddziałów, powoływani zgodnie wymaganiami ustawy o działalności leczniczej i aktami do niej wykonawczymi.
3. Pielęgniarki oddziałowe lub koordynujące organizują i sprawują nadzór nad pracą średniego personelu medycznego w podległych komórkach,

powoływane zgodnie z wymaganiami ustawy o działalności leczniczej i aktami do niej wykonawczymi.

§21

1. Kierownik komórki organizacyjnej/ ordynator, na czas swojej nieobecności, wyznacza osobę do pełnienia funkcji zastępcy (zastępującego), której deleguje swoje obowiązki i kompetencje.
2. Wyznaczenie zastępcy wymaga akceptacji Dyrektora Szpitala lub jego właściwego zastępcy.

§22

1. Szczegółowe zadania komórek organizacyjnych określają odrębne regulaminy, znajdujące się w Dziale Organizacyjno- Prawnym.
2. Szczegółowe zakresy obowiązków każdego pracownika, które ustala bezpośredni przełożony, znajdują się w aktach osobowych pracownika w Dziale Zarządzania Personelem.

Rozdział II. Struktura organizacyjna zakładu podmiotu leczniczego

§23

1. Zakłady podmiotu leczniczego:
 - 1.1. WSZDNIPCH- Szpital, w skład, którego wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Oddziały psychiatryczne ogólne
 - 2) Oddział psychiatryczny ogólny dla chorych somatycznie
 - 3) Oddział leczenia uzależnień
 - 4) Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)
 - 5) Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży
 - 6) Oddział dzienny psychiatryczny ogólny
 - 7) Oddział rehabilitacji neurologicznej
 - 8) Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej
 - 9) Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu
 - 10) Izba przyjęć ogólna
 - 11) Apteka
 - 1.2. WSZDNIPCH- Opieka i Rehabilitacja, w skład, którego wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Zakład opiekuńczo- leczniczy psychiatryczny
 - 1.3. WSZDNIPCH- Poradnie i diagnostyka, w skład, którego wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Oddział dzienny psychiatryczny
 - 2) Poradnia zdrowia psychicznego
 - 3) Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
 - 4) Poradnia terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia
 - 5) Poradnia neurologiczna
 - 6) Zespół leczenia środowiskowego (domowego)
 - 7) Laboratorium Analityczne
 - 8) Centrum diagnostyki obrazowej (EKG, EEG, USG)
- 1.4. Pozostałe komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska podmiotu leczniczego, w skład, których wchodzi:
- 1) Sekcja statystyki, rozliczeń i dokumentacji medycznej
 - 2) Dział techniczno- gospodarczy
 - 3) Sekcja żywienia
 - 4) Sekretariat
 - 5) Dział organizacyjno- prawny
 - 6) Dział zarządzania personelem
 - 7) Dział księgowości
 - 8) Sekcja informatyczna
 - 9) Stanowiska samodzielne:
 - a) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
 - b) Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno- Organizacyjnych
 - c) Przełożona Pielęgniarek
 - d) Główny Księgowy
 - e) Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością
 - f) Pielęgniarka Epidemiologiczna
 - g) Inspektor BHP
 - h) Inspektor ds. Obronnych
 - i) Archiwista
 - j) Kapelan
 - k) Inspektor Ochrony Danych
 - l) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji
 - m) Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego
 - n) Kierownik Centrum Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

-
- 1.5. W okresie od 01.10.2018r. do 31.12.2022r. w strukturze Szpitala wyodrębnia się Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP).
- 1.5.1. Obszar działania Centrum obejmuje powiaty: bolesławiecki, lwówecki (kod terytorialny: 0201; 0212).
- 1.5.2. W skład Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP):
- 1) Oddziały Psychiatryczne Ogólne
 - 2) Oddział Dzienny Psychiatryczny
 - 3) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla dorosłych z Punktem Zgłoszeniowo Koordynacyjnym (PZK)
 - 4) Zespół Leczenia Środowiskowego
- 1.6. Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, w skład którego wchodzi:
- 1.6.1. Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży- w ramach I poziomu referencyjnego, w tym:
- a. Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży
- 1.6.2. Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej- III poziom referencyjny, w tym:
- a. Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
 - b. Oddział dzienny psychiatrycznego rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży
 - c. Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży
2. Organizację wewnętrzną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, ustalający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych.

Rozdział III. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze

§24

1. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora obejmuje w szczególności:
- 1) Wytężanie głównych kierunków rozwoju działalności Szpitala,
 - 2) Planowanie i nadzorowanie działalności Szpitala,
 - 3) Ustalanie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Szpitala,

- 4) Kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych oraz ich kierowników,
- 5) Wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, nagradzaniem pracowników Szpitala,
- 6) Nadzór nad pozyskaniem funduszy oraz projektów ministerialnych, Unii Europejskiej oraz programów pomocowych,
- 7) Nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów
- 8) Inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
- 9) Ustanawianie pełnomocników Dyrektora,
- 10) Współdziałanie z organizacjami związków zawodowych działających w Szpitalu i innymi organizacjami zawodowymi pracowników,
- 11) Koordynacja funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych Szpitala,
- 12) Wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Szpitala wynikających z obowiązujących przepisów.
2. W celu realizacji wymienionych wyżej zadań Dyrektor ma prawo zatrudniania asystentów i pełnomocników, co jednak nie zwalnia go z odpowiedzialności za całokształt funkcjonowania Szpitala.
3. Dyrektor jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Szpitala, a w szczególności za:
 - 1) tworzenie warunków organizacyjnych zapewniających uzyskiwanie optymalnych efektów wykonywania działalności,
 - 2) dobór i właściwe wykorzystywanie kadr,
 - 3) zapewnianie pracownikom właściwych warunków pracy i warunków socjalno-bytowych,
 - 4) właściwą gospodarkę mieniem i środkami finansowymi,
 - 5) zabezpieczanie spraw objętych tajemnicą państwową i służbową.

§25

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa

1.1. Podstawowy cel działania:

- a) organizowanie i zarządzanie działalnością medyczną Szpitala,
- b) koordynowanie i nadzór nad właściwym poziomem merytorycznym i jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- c) współdziałanie w przygotowywaniu i nadzór nad realizacją umów na świadczenia medyczne,
- d) zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej na wszystkich szczeblach,
- e) organizacja szkoleń medycznych dla pracowników.

1.2. Podległość służbowa:

Stanowisko podlega: Dyrektorowi Szpitala

Stanowisku podlegają: ordynatorzy/ kierownicy oddziałów, Pielęgniarka Epidemiologiczna, Kierownicy komórek organizacyjnych działalności medycznej, Oddziały, Izba przyjęć, Apteka, Poradnie, Centrum Diagnostyki Obrazowej, Laboratorium Analityczne.

1.3. Zastępstwa:

Pełni zastępstwo: Dyrektora Szpitala,

Jest zastępowany przez: wyznaczonego ordynatora/ kierownika oddziału

w zakresie działalności podstawowej, uzgodnionego z Dyrektorem.

1.4. Obowiązki:

- a) zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny i jego kontrola,
- b) prowadzenie polityki personalnej, zapewniającej efektywną realizację zadań,
- c) planowanie potrzeb szkoleniowych podległych pracowników w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz szkoleń
- d) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Szpitala, odpowiedzialność za wykonanie zadań operacyjnych z tym związanych,
- e) aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych,
- f) zapewnienie prawidłowego przepływu informacji,
- g) organizacja systemu kontroli i podnoszenia jakości usług medycznych realizowanych przez Zakład.

1.5. Szczególne uprawnienia:

- a) podejmowanie decyzji poza działalnością podstawową podczas zastępstwa w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
- b) reprezentowanie Szpitala zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami.
- c) Udział w komisjach:
 - Stałych: Komitecie ds. Zakażeń Szpitalnych, Komisji ds. Zapewnienia Jakości, Komitecie Terapeutycznym;
 - Doraźnych: konkursowych, przetargowych, negocjacyjnych.

1.6. Odpowiedzialność za współpracę:

- a) z zewnętrznymi podmiotami: konsultantami dyscyplin klinicznych, innymi jednostkami służby zdrowia, Izbami Lekarskimi,
- b) z wewnętrznymi podmiotami: pracownikami działalności podstawowej i pomocniczej.

§25a

2. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno- Organizacyjnych

1.1. Podstawowy cel działania:

- a) kształtowanie i realizacja strategii Szpitala,
- b) kontrolowanie bieżącej działalności Szpitala,
- c) nadzór nad właściwą jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych, w odniesieniu do wymagań prawnych,
- d) współdziałanie w przygotowywaniu ofert na świadczenia medyczne oraz programy zdrowotne i nadzór nad realizacją umów na świadczenia medyczne,
- e) zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania Szpitala na wszystkich szczeblach działalności;

1.2. Podległość służbowa:

Stanowisko podlega: Dyrektorowi Szpitala

Stanowisku podlegają: Kierownicy działów/ sekcji pionu administracyjnego, Sekcja Żywienia, Samodzielne stanowiska zgodnie ze strukturą organizacyjną

1.3. Zastępstwa:

Pełni zastępstwo: Dyrektora Szpitala,

Jest zastępowany przez: wyznaczonego kierownika działu pionu administracyjnego, uzgodnionego z Dyrektorem.

1.4. Obowiązki:

- a) zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez pracowników pionu administracyjnego i jego kontrola,
- b) prowadzenie polityki personalnej, zapewniającej efektywną realizację zadań,
- c) planowanie potrzeb szkoleniowych podległych pracowników w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz szkoleń
- d) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Szpitala, odpowiedzialność za wykonanie zadań operacyjnych z tym związanych,
- e) aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych,
- f) zapewnienie prawidłowego przepływu informacji,
- g) organizacja systemu kontroli i podnoszenia jakości udzielanych świadczeń medycznych realizowanych przez Szpital.
- h) organizację pracy i nadzór na sprawnym funkcjonowaniu wszystkich komórek pionu administracyjnego,
- i) organizację i nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem komunikacji wewnętrznej,
- j) ciągłe doskonalenie procesów realizowanych przez podległe komórki,
- k) dokonywanie okresowych analiz dotyczących zatrudniania pracowników oraz udział w planowaniu zatrudnienia.
- l) przygotowywanie projektów regulaminów wewnętrznych.
- m) nadzór nad organizacją i przeprowadzaniem szkoleń wewnątrzszpitalnych.
- n) udział w opracowywaniu programów naprawczych, programów restrukturyzacji oraz raportów o dotyczących sytuacji Szpitala.
- o) Nadzór nad prowadzoną sprawozdawczością wymaganą przez organy nadrzędne.
- p) współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa i Głównym Księgowym przy ustalaniu i weryfikacji cen na usługi medyczne świadczone w Szpitalu
- q) uczestnictwo w pracach związanych z opracowywaniem projektów mających na celu pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych z funduszy strukturalnych regionu, kraju itp. dla dalszego rozwoju Szpitala
- r) czynny udział w utrzymywaniu i doskonaleniu wdrożonych systemów jakości,
- s) współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizowanych zadań i udzielonego pełnomocnictwa.

1.5. Szczególne uprawnienia:

- a) podejmowanie decyzji podczas zastępstwa w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
- b) reprezentowanie Szpitala zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami.
- c) zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych,

- d) prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Zastępcy Dyrektora,
- e) prawo przebywania na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem wymogów sanitarno-epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa,
- f) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,
- g) wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszerowywania, karania i oceny pracowników podległych pionu administracyjnego,
- h) udzielanie urlopów pracownikom pionu administracyjnego zajmującym stanowiska kierownicze,
- i) przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań.
- j) w czasie nieobecności Dyrektora Szpitala składanie oświadczeń woli i wykonywanie wszystkich czynności w zakresie zarządzania Szpitalem w ramach posiadanego pełnomocnictwa.

Udział w komisjach:

- Stałych: Komisji ds. Zapewnienia Jakości, Zespole ds. zdarzeń niepożądanych,
- Doraźnych: konkursowych, przetargowych, negocjacyjnych i innych w miarę potrzeby.

1.6. Odpowiedzialność za współpracę:

- a) z zewnętrznymi instytucjami podmiotami, w tym Urzędem Marszałkowskim, NFZ, Urzędem Wojewódzkim, innymi jednostkami służby zdrowia wewnętrznymi podmiotami: pracownikami działalności podstawowej i pomocniczej.
- b) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie działalności statutowej.

§26

1. Przełożona Pielęgniarek Szpitala:

1.1. Podstawowy cel działania:

- a) organizowanie i realizacja kompleksowych świadczeń pielęgniarskich w Szpitalu na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym,
- b) organizowanie pracy personelu średniego medycznego.

1.2. Podległość służbowa:

Stanowisko podlega: Dyrektorowi Szpitala

Stanowisku podlega: wyższy i średni personel medyczny działalności podstawowej (pielęgniarki, ratownicy medyczni, terapeuci zajęciowi, sekretarki medyczne, opiekunowie medyczni).

1.3. Zastępstwa:

Jest zastępowana przez: Pielęgniarkę oddziałową – wyznaczoną w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala

1.4. Cel stanowiska:

Zabezpieczenie i organizowanie sprawnej opieki medycznej na poziomie personelu średniego i niższego oraz obsługi.

1.5. Obowiązki:

- a) zapewnienie sprawnej organizacji realizacji zadań wykonywanych przez średni personel medyczny,
- b) prowadzenie polityki personalnej zapewniającej efektywną realizację zadań,
- c) planowanie potrzeb szkoleniowych podległych pracowników w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz szkoleń,
- d) efektywne wykorzystywanie posiadanych zasobów,
- e) aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych, zwłaszcza dot. Jakości usług medycznych,
- f) nadzorowanie przestrzegania wymogów sanitarno - epidemiologicznych,
- g) aktywne uczestnictwo w planowaniu nowych zadań i rozwoju Szpitala,
- h) zapewnienie prawidłowego przepływu informacji.

1.6. Szczególne uprawnienia:

- a) opiniowanie kandydatów do zatrudnienia na podległe stanowiska,
- b) opiniowanie i wnioskowanie propozycji zakupów i inwestycji.

1.7. Udział w komisjach:

- a) Stałych: ds. Jakości, ds. Zakażeń Szpitalnych,
- b) Doraźnych: przetargowych na zakupy i usługi, konkursowych na świadczenia medyczne.

1.8. Odpowiedzialność za współpracę:

- a) z zewnętrznymi podmiotami: Samorządem Pielęgniarek i Położnych,
- b) z wewnętrznymi podmiotami: Pielęgniarkami oddziałowymi.

§27

1. Główny Księgowy

1.1. Obowiązki w zakresie organizacji pionu ekonomiczno-księgowego:

- a) ustalenie wewnętrznej struktury organizacyjnej Działu Księgowości w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala;
- b) nadzór oraz koordynacja pracy Działu Księgowości;
- c) wyznaczanie w uzgodnieniu z Dyrektorem zastępcy głównego księgowego spośród podległych pracowników oraz ustalenie zakresu jego obowiązków;
- d) przedstawianie Dyrektorowi sprawozdań w zakresie spraw finansowo-księgowych i przeprowadzonych analiz ekonomicznych oraz bieżące sygnalizowanie problemów wynikających z tych analiz;
- e) wykonywanie innych czynności związanych bezpośrednio z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego oraz określonych w zakresie czynności;

1.2. Obowiązki w zakresie zadań merytorycznych:

- a) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonanie zadań wynikających z planów rzeczowo-finansowych;

- b) koordynacja problematyki finansowo-ekonomicznej poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala;
- c) dokonywanie okresowej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania oraz przedstawienie Dyrektorowi wniosków wynikających z analiz;
- d) opracowywanie planów rzeczowych w zakresie usług, zatrudnienia, inwestycji;
- e) opracowywanie planów finansowych według form finansowania oraz rodzajów paragrafów klasyfikacji budżetowej w oparciu o plany rzeczowe (w zakresie usług i zatrudnienia, inwestycji) opracowane przez odpowiednie komórki organizacyjne;
- f) opracowywanie planów naprawczych;
- g) realizacja planów rzeczowo-finansowych oraz wnioskowanie w sprawie ich ewentualnej zmiany;
- h) nadzór nad prowadzeniem księgowości, likwidatury i kasy, ewidencji analitycznej kosztów, ewidencji ilościowo-wartościowej składników majątkowych Szpitala;
- i) organizowanie i sprawowanie wewnętrznej kontroli finansowej;
- j) sporządzanie sprawozdawczości z wykonania planów rzeczowo-finansowych;
- k) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Szpitala dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności:
 - zakładowego planu kont,
 - obiegu dokumentów (dowodów księgowych),
 - rachunkowości zarządczej, w tym: polityki rachunkowości oraz zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji
- l) zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital;

1.3 Podległość służbowa:

Stanowisko podlega: Dyrektorowi Szpitala

Stanowisku podlega: Dział Księgowości

1.4. Zastępstwa:

Główny Księgowy jest zastępowany przez Z-cę Głównego Księgowego powołanego przez Dyrektora Szpitala.

1.5. Obowiązki w stosunku do podległych pracowników:

- a) wydawanie poleceń, udzielanie wskazówek i wytycznych podległym pracownikom w zakresie przydzielonych im zadań służbowych;
- b) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem przez podległych pracowników wszystkich przydzielonych im zadań;
- c) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników ustalonego w Szpitalu porządku i dyscypliny pracy, tajemnicy służbowej, przepisów przeciwpożarowych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy;
- d) planowanie potrzeb szkoleniowych podległych pracowników w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

1.6. Obowiązki w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi:

- a) współpraca z pionem techniczno- gospodarczym w zakresie dokonywania końcowych rozliczeń inwestycji oraz analizy kosztów eksploatacyjnych;
- b) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie problematyki finansowo- ekonomicznej poszczególnych komórek.

1.7. Odpowiedzialność:

Główny Księgowy odpowiada za całokształt działalności ekonomiczno-finansowej Szpitala, w zakresie zadań bezpośrednio mu podporządkowanych i pracy podległej komórki organizacyjnej:

§28

1. Kierownicy komórek organizacyjnych:

- 1) Kierownicy komórek organizacyjnych kierują pracą podległych im komórek, a w szczególności:
 - a) organizują, kierują i koordynują pracę podporządkowanych im pracowników,
 - b) podejmują odpowiednie środki w zakresie działania kierowanej komórki organizacyjnej mające na celu usprawnienie, uproszczenie oraz zmniejszenie kosztów działalności gospodarczej Szpitala,
 - c) organizują stanowiska pracy zgodnie z przepisami, zasadami BHP i p/poż.,
 - d) zapewniają pracownikom odzież ochronną i sprzęt ochrony osobistej oraz dopilnowują by środki te były stosowane zgodnie z przepisami,
 - e) organizują, przygotowują i prowadzą pracę w sposób zabezpieczający przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi i schorzeniami związanymi z warunkami środowiska pracy i bezpieczeństwa,
 - f) zapewniają przestrzeganie przez podległych pracowników przepisów prawa, BHP i p/poż.,
 - g) poddają się badaniom lekarskim i nadzorują odbycie badań lekarskich przez podległych pracowników,
 - h) inicjują opracowanie zagadnień i wydawania odpowiednich wytycznych, zarządzeń i instrukcji regulujących działalność Szpitala w zakresie działania ich komórek organizacyjnych,
 - i) podpisują korespondencję komórki organizacyjnej mającą charakter organizacyjny i przygotowawczy, prawo podpisywania korespondencji wychodzącej na zewnątrz mają tylko Dyrektor, jego zastępca w zakresie związanym z udzielaniem świadczeń medycznych oraz pisemnie upoważnione przez Dyrektora osoby,
 - j) załatwiają we własnym zakresie i podpisują korespondencję wewnętrzną w sprawach, jakie pozostają w granicach przyznanym uprawnień określonych w charakterystykach stanowisk kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - k) dbają o podnoszenie poziomu wiedzy fachowej, instruują podległych pracowników oraz dopilnowują, aby pracownicy byli zaopatrzeni i zapoznani z odpowiednimi przepisami i instrukcjami służbowymi oraz

- innymi normatywami z dziedziny prowadzonej przez komórkę organizacyjną.
- 2) Kierownicy ponoszą odpowiedzialność za całokształt pracy powierzonych im komórek, a w szczególności za:
 - a) terminowość, fachowość, kompleksowość i zgodność z obowiązującymi przepisami opracowań i załatwienia spraw należących do ich zakresu działania,
 - b) racjonalne wykorzystanie podległych im środków, przedmiotów, materiałów,
 - c) przestrzeganie dyscypliny pracy, przepisów BHP i p/poż. przez podległych pracowników,
 - d) zabezpieczenie nadzorowanego mienia oraz zachowanie tajemnicy służbowej,
 - e) opracowywanie i aktualizacja zakresu zadań, uprawnień i odpowiedzialności dla każdego pracownika.
 - 3) Kierownicy komórek posiadają uprawnienia do wnioskowania nagród i kar w stosunku do podporządkowanych pracowników. W razie nieobecności kierownika zastępuje go wyznaczony pracownik komórki.
 - 4) Kierownicy komórek nie są uprawnieni do wydawania zarządzeń i poleceń służbowych pracownikom innych komórek organizacyjnych, chyba, że zostali do tego umocowani przez Dyrektora.
 - 5) Postanowienia dotyczące kierowników komórek organizacyjnych odnoszą się również do innych pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy w zakładzie.

§28A

1. Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP):

Podstawowy cel działania:

- f) Organizowanie i nadzorowanie realizacji udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia i przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie,
- g) koordynowanie i nadzór nad właściwym poziomem merytorycznym i jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach CZP
- h) zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej na wszystkich szczeblach działania CZP
- i) Współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie niezbędnym do monitorowania realizacji indywidualnych planów postępowania terapeutycznego pacjentów objętych opieką CZP .
- j) Nadzór na prawidłowością realizacji zadań określonych dla Punktu Zgłoszeniowo- Koordynacyjnego.
- k) Współpraca z jednostkami pomocy społecznej w zakresie działania CZP na obszarach objętych działaniem CZP.
- l) Monitorowanie wskaźników realizacji programu pilotażowego
- m) uczestniczenie w kontraktowaniu świadczeń oraz współuczestniczenie w rozliczaniu CZP w ramach umowy pilotażowej.

1.2. Podległość służbowa:

Stanowisko podlega: Z-cy Dyrektora Szpitala

Stanowisku podlegają: Koordynatorzy Punktu Zgłoszeniowo- Koordynującego, personel medyczny udzielający świadczeń w zakresie realizacji programu pilotażowego CZP, personel Oddziału dziennego psychiatrycznego

1.3. Zastępstwa:

Jest zastępowany przez: wyznaczonego kierownika oddziału w zakresie działalności podstawowej, uzgodnionego z Z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa.

1.4. Obowiązki:

zapewnienie sprawnej organizacji CZP i nadzór nad realizacją programu pilotażowego CZP.

1.5. Szczególne uprawnienia:

Organizacja pracy, nadzór nad udzielaniem świadczeń, w komórkach wchodzących w skład Centrum.

1.6. Odpowiedzialność za współpracę:

- a) z zewnętrznymi podmiotami realizującymi świadczenia na potrzeby CZP, Biurem ds. pilotażu NPOZP, jednostkami pomocy społecznej
- b) z wewnętrznymi podmiotami: Dyrekcją Szpitala, kierownikami komórek organizacyjnych.

§29

1. Lekarz Dyżurny pełni dyżur w każdy dzień tygodnia.
2. Od poniedziałku do piątku czas pełnienia dyżuru wynosi 16 godzin, w dni wolne od pracy 24 godziny.
3. Dyżur lekarza Dyżurnego Szpitala w dni robocze rozpoczyna się o godz. 15.00, a w dni wolne od pracy o godz. 7.00 oraz Lekarz Dyżurny Szpitala pełni dyżur podczas nieobecności Dyrektora Szpitala, Dyrektora Lecznictwa w godzinach normalnej ordynacji Szpitala w zakresie określonym w regulaminie porządkowym dla Lekarza Dyżurnego Szpitala.

§30

1. Lekarzem Dyżurnym Ogólnym jest ordynator/kierownik, starszy asystent, asystent lub młodszy asystent wyznaczony do pełnienia tej funkcji w myśl rozkładu dyżurów ustalonych dla Szpitala.
2. Lekarz Dyżurny Szpitala pełni równocześnie dyżur w oddziale zgodnie z posiadaną specjalizacją.
3. Dyżur oddziałowy może być pełniony dla jednego lub kilku oddziałów równocześnie.
4. Grafiki dyżurów Lekarza Dyżurnego Szpitala ustala, w porozumieniu z ordynatorami/ kierownikami oddziałów, Kierownik Działu Zarządzania Personelem.

§31

1. Do podstawowych obowiązków Lekarza Dyżurnego należy:

- 1) rozpoczęcie dyżuru o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów,
 - 2) przebywanie przez cały czas trwania dyżuru w komórce organizacyjnej wyznaczonej do pełnienia dyżuru,
 - 3) kończenie dyżuru po rozpoczęciu normalnej ordynacji Szpitala, a w dodatkowe dni wolne od pracy, niedziele i święta, po zgłoszeniu się zastępcy, któremu Lekarz Dyżurny Szpitala przekazuje informacje dotyczące dyżuru.
2. Przejęcie dyżuru winno być potwierdzone podpisem lekarza przejmującego dyżur.
 3. W dni powszednie Lekarz Dyżurny Szpitala przekazuje Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa informacje z przebytego dyżuru.
 4. W razie podjęcia decyzji oraz przyjęcia informacji w zakresie zastrzeżonym do kompetencji Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Lekarz Dyżurny zobowiązany jest po zakończeniu dyżuru złożyć pisemny raport Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§32

1. W czasie pełnienia dyżuru Lekarz Dyżurny przejmuje następujące kompetencje Dyrekcji Szpitala:
 - 1) Sprawuje ogólne kierownictwo Szpitala w okresie poza normalną ordynacją Szpitala zapewniające jego sprawne funkcjonowanie,
 - 2) Nadzoruje sprawne funkcjonowanie poszczególnych komórek Szpitala, a w przypadkach tego wymagających podejmuje działania interwencyjne,
 - 3) Przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz osób trzecich dotyczące zakresu działania Szpitala.
2. Stanowisku Lekarza dyżurnego Szpitala podporządkowane są wszystkie komórki Szpitala czynne poza godzinami normalnej ordynacji Szpitala.

§33

1. Lekarz Dyżurny Szpitala zobowiązany jest znać zasady i przepisy bezpieczeństwa dotyczące funkcjonowania Szpitala w czasie dyżuru, a zwłaszcza instrukcję awaryjną, przeciwpożarową, zasady postępowania z pracownikiem lub pacjentem znajdującym się pod wpływem alkoholu lub innego środka odurzającego oraz zasady technicznego zabezpieczenia Szpitala.
2. Lekarz Dyżurny Szpitala jest upoważniony do podjęcia decyzji o zwolnieniu z pracy na dyżurze personelu Szpitala w uzasadnionych przypadkach losowych.
3. Lekarz Dyżurny Szpitala jest zobowiązany do kierowania akcją ratowniczą w sytuacjach awaryjnych do chwili przybycia osób odpowiedzialnych oraz służb i instytucji do tego powołanych.

4. Lekarz Dyżurny może:

- 1) dokonywać w razie potrzeby przesunięć kadrowych stosownie do zaistniałej sytuacji,
 - 2) w uzasadnionych przypadkach zarządzić pełną gotowość personelu do działania,
 - 3) dokonać niezbędnych przesunięć materiałowych i aparaturowych.
5. W przypadkach zagrożenia pożarowego i innych zdarzeń zagrażających życiu pacjentów oraz gdy zachodzi konieczność ich ewakuowania, Lekarz Dyżurny kieruje akcją zgodnie z posiadaną instrukcją awaryjną, do chwili przybycia wezwanych osób za to odpowiedzialnych.

§34

W przypadku, gdy Lekarz Dyżurny Szpitala nie może pełnić w/w obowiązków, przekazuje swoje kompetencje innemu lekarzowi specjalście Szpitala.

§35

Lekarz Dyżurny ma obowiązek informowania Dyrekcji Szpitala na wypadek zaistnienia sytuacji awaryjnych.

Rozdział IV. Zasady współdziałania komórek organizacyjnych

§36

1. Dyrektor szpitala, jak również jego zastępca, mogą ze swego zakresu działania przekazać niektóre sprawy do decyzji kierowników komórek.
2. Każda komórka posiada określony zakres obowiązków, za wykonanie, których kierownicy ponoszą odpowiedzialność.
3. Wszystkie komórki organizacyjne są zobowiązane do współpracy w zakresie swoich specjalności z innymi komórkami i na ich wniosek zobowiązane są do: opracowania odpowiednich informacji, sprawozdań, analiz i ocen, przedstawienie wniosków i opinii, wyrażenia uzgodnień lub przyjęcia do wiadomości.
4. W przypadku wystąpienia spraw lub uzgodnień nie uregulowanych niniejszym Regulaminem lub dotyczących zakresu działania kilku komórek Dyrektor przydziela je wyznaczonej komórce, która staje się odpowiedzialna za prowadzenie tych spraw lub jednorazowe ich załatwienie.

Dział V

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§37

1. Szpital realizuje świadczenia zdrowotne określone Ustawą o działalności leczniczej, Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, Ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych i Statutem Szpitala.

2. Zakres świadczeń związany jest ze strukturą organizacyjną szpitala, wyposażeniem i warunkami lokalowymi Szpitala oraz wiedzą i umiejętnościami personelu potwierdzonymi stosownymi dokumentami.
3. Personel medyczny, realizujący świadczenia zdrowotne, jest zobowiązany do postępowania odpowiadającego współczesnej wiedzy medycznej, do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących w szpitalu standardów i procedur medycznych.
4. Komórki organizacyjne Szpitala współpracują ze sobą na ustalonych zasadach w celu prawidłowego przepływu informacji, mającego wpływ na szybkość i jakość wykonywanych świadczeń oraz ich prawidłowe dokumentowanie.
5. W Szpitalu obowiązują procedury i standardy określające rodzaj dokumentacji medycznej, sposób jej zabezpieczania.
6. Czynności dokonywane przy przyjęciu pacjenta do szpitala / oddziału określają wewnętrznie przyjęte w Szpitalu zasady.
7. Regulaminy organizacyjne oddziałów i pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala stanowią regulaminy komórek organizacyjnych Szpitala i ustalają zasady ich pracy.
8. Prawa i obowiązki pacjenta określone są w Karcie Praw Pacjenta obejmującej Prawa i Obowiązki Pacjenta Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu.
9. Zapisy Karty Praw Pacjenta są umieszczone na tablicach informacyjnych oraz w broszurce informacyjnej dostępnej w każdej komórce organizacyjnej udzielającej pacjentowi świadczeń zdrowotnych.
10. Usługi diagnostyczne, w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i kompletności świadczeń zdrowotnych dostępne są całodobowo.
11. W przypadku konieczności przeniesienia pacjenta do innego podmiotu leczniczego pracownicy postępują zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami, regulującymi rodzaj obowiązującej dokumentacji.
12. Transport sanitarny, niezbędny do wykonywania świadczeń zdrowotnych, jest dostępny całodobowo, a za jego organizację odpowiedzialna Izba Przyjęć oraz Kierownik Sekcji Technicznej.
13. Lekami i środkami diagnostycznymi dostępnymi w Szpitalu są preparaty umieszczone w „Receptariuszu Szpitalnym” opracowanym i aktualizowanym przez Komitet Terapeutyczny.
14. Sposób zabezpieczania i przechowywania leków określają instrukcje szczegółowe Systemu Zarządzania Jakością.
15. Programy higieny szpitalnej oraz zapobiegania zakażeniom szpitalnym określone są w księdze instrukcji szczegółowych Systemu Zarządzania Jakością.

§38

Każdy pacjent szpitala uzyskuje świadczenie zdrowotne zgodnie ze swoimi potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz z wykorzystaniem najskuteczniejszych świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

§39

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawód medyczny i posiadające odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z obowiązującym zakresem kompetencji i procedurami na poszczególnych stanowiskach pracy oraz kodeksem etyki zawodowej.

§40

1. Zabiegi medyczne i pielęgniarские wykonywane są z poszanowaniem intymności i godności osobistej pacjenta. W tym celu w czasie przeprowadzania wywiadów przez lekarzy, udzielania porad i wykonywania tych świadczeń Szpital zapewnia odpowiednie warunki lokalowe.
2. Szpital zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i sposobu leczenia poprzez odpowiednie zabezpieczenie tych danych przed osobami postronnymi oraz zobowiązuje osoby uczestniczące w procesie udzielania świadczeń do przestrzegania przepisów obowiązujących w tym zakresie.
3. Osoby uczestniczące w procesie udzielania świadczeń zobowiązane są do uprzejmego, życzliwego traktowania pacjentów, ich rodzin lub opiekunów.
4. Osoby uczestniczące w procesie udzielania świadczeń zobowiązane są do noszenia na ubiorze identyfikatorów w formie tabliczek z imieniem i nazwiskiem, tytułem naukowym lub zawodowym i określeniem stanowiska pracy.

§41

1. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi specjalistyczną całodobową opiekę medyczną oraz:
 - 1) świadczenia zdrowotne
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu jego zdrowia
2. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę /rodzinę/ lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
3. Przyjęcie danej osoby do szpitala następuje:
 - 1) bez skierowania w przypadkach nagłych,
 - 2) na podstawie skierowania przez lekarza albo uprawnioną instytucję.
4. Przyjęcie do Szpitala może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie.
5. O przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody (Dz. U. Nr 111, poz. 535 art. 29, z dnia 21 styczeń 1995r. z póź. zm.). O dokonanych rozpoznaniu stanu zdrowia i podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.
6. Jeżeli przyjęcie do szpitala nie musi nastąpić natychmiast, jak w zagrożeniu życia lub zdrowia, a oddział nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia wyznacza się termin, w którym nastąpi przyjęcie.
7. Przyjęcia pacjentów odbywają się całodobowo Izbie Przyjęć Szpitala.

§42

1. Wypisywanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jego przedstawiciela ustawowego,

- 3) gdy osoba przebywająca w szpitalu w sposób rażąco narusza regulamin porządkowy Szpitala, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu Dyrektor Szpitala, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd. Sąd zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej z zaznaczeniem, że nastąpiła odmowa złożenia pisemnego oświadczenia.
4. Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przebywającej bez swojej zgody mogą żądać również: przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie i odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.
5. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione w ust. 3 mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku.

§43

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w szpitalu poczynwszy od terminu określonego przez Dyrektora Szpitala lub osobę przez niego upoważnioną, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w odrębnych przepisach.

DZIAŁ VI

OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

Rozdział I. Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta

§44

Postępowanie po zgonie pacjenta odbywa się według zasad opartych na powszechnie obowiązujących przepisach.

§45

W każdym przypadku wyrażenia woli obecności osoby duchownej należy umożliwić jej przybycie.

§46

1. W razie zgonu pacjenta w oddziale pielęgniarka powiadamia bezzwłocznie lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego prawdopodobną przyczynę. Fakt ten odnotowuje w historii choroby oraz wypisuje kartę zgonu zgodnie z obowiązującym formularzem. W przypadku podjęcia decyzji o sekcji zwłok wypisuje skierowanie na sekcję zwłok, dokonuje adnotacji o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji. W przypadku pobrania ze zwłok komórek lub narządów, lekarz dokonuje adnotacji w historii choroby.
3. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę zgonu w książce raportów pielęgniarskich, karcie czynności pielęgniarskich.
4. Szczegółowy sposób postępowania ze zwłokami określa instrukcja Systemu Zarządzania Jakością KIS 3 „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta”.
5. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
6. Po 2 godzinach od chwili stwierdzenia zgonu lekarz ponownie dokonuje oględzin zmarłego, potwierdza zgon w oparciu o pojawiające się znamiona śmierci (plamy opadowe, stężenie).
7. Zwłoki osoby zmarłej pielęgniarka jest obowiązana umyć i ubrać. Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.
8. Po upływie dwóch godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej pielęgniarka przekazuje zwłoki wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni (załącznik nr1 do KIS 3) pracownikom firmy, z którą Szpital ma podpisaną umowę.
9. Koszty przechowywania zwłok w chłodni osób zmarłych w szpitalu przez pierwsze 72 godziny ponosi szpital. Powyżej 72 godzin koszty przechowywania zwłok w chłodni ponoszą osoby lub instytucje upoważnione do pochowania zwłok, zgodnie z cennikiem chłodni.
10. Pielęgniarka wraz z drugą osobą z oddziału zabezpiecza rzeczy i przedmioty wartościowe zmarłego, jeżeli nie były wcześniej przekazane do depozytu rzeczy wartościowych.
11. Spisane rzeczy wraz ze spisem opatrzonym czytelnym podpisem i datą wkłada do foliowego worka, oznaczonego imieniem i nazwiskiem zmarłego i przekazuje rodzinie.

§47

1. O zgonie pacjenta powiadamia się niezwłocznie wskazaną przez pacjenta w dokumentacji medycznej osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego lub inną rodzinę (w sposób bezpośredni, telefonicznie lub telegraficznie), a fakt ten odnotowuje się w Książce Raportów Pielęgniarskich, z adnotacją zawierającą dane personalne i stopień pokrewieństwa osoby, którą powiadomiono:
 - a. w przypadku osoby samotnej, bezdomnej powiadamia się organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby.

- b. jeżeli zmarły pacjent był obcokrajowcem, powiadamia się odpowiednią ambasadę.
 - c. w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej, lekarz ma obowiązek powiadomić o tym fakcie wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
 - d. w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku lekarz leczący lub dyżurny powiadamia prokuratora zgodnie z miejscem zamieszkania lub pobytu zmarłego i policję.
 - e. fakt powiadomienia, w każdym z wyżej wymienionych przypadków odnotowuje w historii choroby przez podanie daty i godziny powiadomienia, danych identyfikujących rozmówcę. Autoryzuje wpis.
 - f. Wszelkie formalności związane z kosztami pochówku dotyczące osoby samotnej lub bezdomnej załatwia pracownik socjalny oddziału z Ośrodkiem Pomocy Społecznej.
2. Rodzina potwierdza odbiór karty zgonu i w przypadku zwolnienia zmarłego z sekcji zwłok karty sekcyjnej.
 3. Jeśli zgon nastąpił przed rozpoczęciem leczenia przez lekarza oddziału, kartę zgonu i skierowanie na sekcję wystawia lekarz dyżurny, który przyjął chorego do szpitala.

§48

1. W każdym przypadku zgonu pacjenta w szpitalu, lekarz leczący lub dyżurny jest zobowiązany sporządzić w historii choroby adnotację wraz z uzasadnieniem o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok.
2. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu, z wyjątkiem podjęcia przez kierownika Zakładu lub upoważnionego przez niego lekarza decyzji o pobraniu tkanek do przeszczepów.
3. Jeżeli wymagana jest sekcja zwłok należy powiadomić lekarza patomorfologa, ustalić termin i przekazać pracownikowi prosektorium termin wykonania sekcji.
4. Sekcja fakultatywna: Rodzina ma prawo wystąpić z podaniem o zaniechanie sekcji zwłok. Dyrektor, jego zastępca lub upoważniony przez niego lekarz, po konsultacji z ordynatorem/ kierownikiem oddziału, zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej podejmuje decyzję o przeprowadzeniu lub zaniechaniu sekcji zwłok.
5. Sekcja obligatoryjna- sekcję zwłok należy wykonać obowiązkowo w przypadkach:
 - a. określonych w kodeksie postępowania karnego– w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa o sekcji zwłok decyduje powiadomiony organ postępowania karnego.
 - b. gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
 - c. gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od chwili przyjęcia do szpitala, określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
6. Odstąpienie od wykonania sekcji zwłok następuje w przypadkach:
 - a. Brak zgody pacjenta:
 - sekcji nie przeprowadza się, jeżeli chory który zmarł w szpitalu wyraził za życia sprzeciw lub sprzeciw taki wyrazili jego przedstawiciele ustawowi.

- Po zgonie pacjenta nie ma potrzeby uzyskiwania zgody rodziny na wykonanie sekcji zwłok, nie ma też mocy sprawczej sprzeciw rodziny,
- wiążący jest sprzeciw udokumentowany za życia pacjenta w historii choroby,
 - traci on ważność w wymienionych powyżej przypadkach sekcji obligatoryjnej.
- b. Decyzja Powiatowego Inspektora Sanitarnego:
- obowiązuje przy zgonie z powodu choroby zakaźnej,
 - zakaz nie obowiązuje, gdy zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa.
7. Odstąpić od sekcji, mimo iż zgon nastąpił przed 12 h od chwili przyjęcia do szpitala, można w ewidentnych przypadkach np.: długotrwała, całkowicie rozpoznana choroba nowotworowa z krańcowym wyniszczeniem, wymaga to jednak szczegółowego uzasadnienia w historii choroby.
 8. Lekarz leczący lub dyżurny jest odpowiedzialny za wypisanie skierowania na sekcję– karty sekcyjnej i ustalenie terminu sekcji.
 9. Oryginał protokołu badania sekcyjnego dołącza się do historii choroby
 10. Lekarz prowadzący lub dyżurny porównuje rozpoznanie kliniczne i epikryzę z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W razie rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym, dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

§ 49

1. Kartę zgonu (jeden egzemplarz) wydaje lekarz, który stwierdził zgon, lekarz prowadzący pacjenta lub ordynator/kierownik oddziału. Kartę wydaje się w dni powszednie.
2. W wyjątkowych sytuacjach lekarz dyżurny może wydać kartę zgonu w dni wolne od pracy po uprzedniej konsultacji z ordynatorem/ kierownikiem oddziału lub jego Zastępcą.
3. Członek rodziny lub przedstawiciel instytucji upoważnionej do pochówku, po otrzymaniu karty zgonu, powinien wypełnić Oświadczenie o otrzymaniu karty zgonu, który dołącza się do historii choroby.

Dział VII

Wysokość opłat pobieranych przez Zakład

§ 50

Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych wynika z odrębnych przepisów bądź ustalona jest w cenniku stanowiącym odrębne Zarządzenie Dyrektora.

§ 51

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny wynika z cennika firmy, z którą Szpital ma podpisaną umowę na odbiór, transport i przechowywanie zwłok.

§52

1. Szpital pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii, na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Za udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w ust.1 Szpital pobiera opłatę. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynosi:
 - 1) jedna strona wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej– wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 2) jedna strona kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – wynosi 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1.
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych– wynosi 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1.
 - 4) Opłaty, o której mowa w ust. 2, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Szpital nie pobiera opłaty w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu wydając dokumentację po raz pierwszy w żądanym zakresie.
4. Udostępnianie dokumentacji medycznej do wglądu na miejscu, jest bezpłatne.

§53

1. Pacjent przebywający w ZOL ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.
2. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy (pacjenta) w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
3. Szczegółowe zasady ustalania odpłatności za pobyt w ZOL reguluje art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów do niej wykonawczych.

§54

Szpital pobiera opłaty od pacjentów za rozmowy telefoniczne wykonywane za pośrednictwem łącz Szpitalnych zgodnie art. 35.1 Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wysokość opłaty ustala Dyrektor Szpitala, w odrębnym zarządzeniu, na podstawie rzeczywistych kosztów realizacji, tj. koszty rozmowy wynikających ze stawek operatora i koszty obsługi technicznej rekompensującą koszty Szpitala.

Dział VIII

Dokumentacja medyczna

§55

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami zapewniając ochronę danych osobowych.
2. Rodzaje, zakres dokumentacji medycznej, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej następuje zgodnie z ustawą o działalności leczniczej i wydanych na jej podstawie rozporządzeniach.
3. Szczegółowe uregulowania w zakresie przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zawarte są w obowiązujących w Szpitalu procedurach.

Dział IX

Postępowanie z depozytem pacjenta

§56

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie Szpitala.
2. Personel szpitala nie może przyjąć od pacjenta przedmiotów wartościowych bez założenia Karty depozytowej przedmiotów wartościowych.
3. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu instrukcji są przedmioty wartościowe oraz wartościowe dokumenty.
4. Do przedmiotów wartościowych zalicza się:
 - 1) krajowe i zagraniczne środki płatnicze;
 - 2) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria);
 - 3) krajowe i zagraniczne papiery wartościowe;
 - 4) inne przedmioty uznane za wartościowe przez pacjenta lub jego opiekuna lub pracownika Szpitala;
 - 5) Do wartościowych dokumentów zalicza się w szczególności weksle, listy gwarancyjne, czek, karty bankowe oraz inne dokumenty zabezpieczające prawo własności pacjenta.
5. Za rzeczy wartościowe niezłożone przez pacjenta do depozytu, Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
6. Rzeczy wartościowe przechowuje się w kasetkach, szafach metalowych, zabezpieczonych przed pożarem, uszkodzeniem, zniszczeniem i kradzieżą.

§57

1. Szpital prowadzi Księgi Depozytów.
2. Księga Depozytów składa się z kopii kart depozytowych
3. Karta depozytowa zawiera w szczególności:
 - 1) numer kolejny karty, odpowiadający numerowi kolejnego zapisu w księdze depozytowej;
 - 2) oznaczenie zakładu;
 - 3) dane osobowe niezbędne do zidentyfikowania pacjenta:
 - a. imię i nazwisko
 - b. datę i miejsce urodzenia
 - c. adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji
 - 4) Karta depozytowa powinna być opatrzona własnoręcznymi podpisami osoby przyjmującej depozyt oraz pacjenta.

4. Księga Depozytów przechowywana jest pod zamknięciem.
5. W Księdze Depozytów pod numerem depozytu wyszczególnione są liczba oraz określenie przedmiotów znajdujących się wewnątrz opakowania w którym depozyt jest przechowywany.
6. W Karcie depozytowej dokonuje się opisu rzeczy wartościowych oddanych do depozytu, określając ich cechy indywidualne, w szczególności nazwę, rodzaj, szacunkową wartość, barwę, markę i stan zużycia. W przypadku braku cech indywidualnych dokonuje się odpowiedniej adnotacji w karcie depozytowej
7. Rzeczy wartościowe w depozycie przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym, oznaczonym nadrukiem, naklejką lub pieczęcią Szpitala, zawierającymi nazwę Szpitala, adres, numer identyfikacji podatkowej (NIP) i numer telefonu, oraz numer, pod którym depozyt został zapisany w księdze depozytów.
8. Rzeczy wartościowe do depozytu przyjmuje oraz wydaje z depozytu, a także księgę depozytów prowadzi i przechowuje osoba wyznaczona przez Dyrektora Szpitala.

§58

1. Depozyt wydawany jest za okazaniem dowodu tożsamości na podstawie karty depozytowej pacjentowi lub osobie uprawnionej do dysponowania jego mieniem.
2. Osoba przyjmująca depozyt potwierdza ten fakt własnoręcznym, czytelnym podpisem i datą na kopii karty depozytowej.
3. Osoba wydająca depozyt zobowiązana jest dopisać na kopii karty depozytowej imię, nazwisko oraz numer dowodu tożsamości osoby odbierającej depozyt.

§59

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się jego prawnym spadkobiercom.
2. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór czytelnym podpisem i datą, a ponadto pracownik odpowiedzialny za depozyty wpisuje czytelnie do Księgi Depozytów nazwisko i imię, numer dowodu tożsamości danej osoby lub oznaczenie organu, który przedłożył dowód.

§60

1. W przypadku nieodebranego depozytu szpital wysyła do pacjenta lub w przypadku zgonu pacjenta do prawnych spadkobierców, list za zwrotnym poświadczeniem odbioru z informacją o depozycie;
2. Poświadczenie odbioru kasjer dopina do Karty depozytowej przedmiotów wartościowych;
3. Szpital wyznacza sześciomiesięczny termin odebrania depozytu;
4. O upływie wyznaczonego terminu przechowywania nieodebranego depozytu Kasjer informuje Głównego Księgowego
5. Depozyt wydaje się pacjentowi, osobie notarialnie upoważnionej przez pacjenta, lub w przypadku śmierci pacjenta prawnemu spadkobiercy.
6. Po upływie wyznaczonego terminu depozyt jest przekazywany do depozytu sądowego.

§61

Szczegółowe zasady postępowania z depozytem pacjenta określa Procedura „Postępowanie z depozytem pacjenta”.

Dział X
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA ORAZ TRYB ROZPATYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

Rozdział I. Prawa i obowiązki pacjenta

§62

1. Prawa pacjenta określa Karta Praw Pacjenta oraz Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
2. Personel medyczny przyjmujący pacjenta w Izbie Przyjęć informuje pacjenta o przysługujących mu prawach, oraz udostępniają wyciąg z Karty Praw Pacjenta,
3. Pielęgniarka w oddziale udostępnia pacjentowi kompletną Kartę Praw Pacjenta, Regulamin Szpitala oraz Oddziału, przedstawia harmonogram dnia oraz zapoznaje z topografią oddziału,
4. Przy udzielaniu wyżej wymienionych informacji uwzględniany jest stan pacjenta oraz możliwości jego percepcji.
5. Jeżeli stan chorego uniemożliwia zapoznanie go z przysługującymi mu prawami, o prawach pacjenta informowani są jego faktyczni lub prawni opiekunowie,
6. Fakt zapoznania się z przysługującymi prawami oraz regulaminem oddziału pacjent potwierdza podpisem w odpowiednim miejscu historii choroby.

§63

Pacjent przebywający na leczeniu ma obowiązek:

1. Stosować się do wskazań i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno- terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno – administracyjnych.
2. Stosować się do zalecanej diety.
3. Odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala.
4. Przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków,
5. Przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00.
6. Każdorazowego zgłoszenia pielęgniarce zamiaru opuszczenia oddziału.
7. Stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
8. Przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych,
9. Szanować mienie Szpitala (w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital).
10. Utrzymywać ład i porządek w miejscu pobytu.
11. Przestrzegać zasad higieny osobistej.
12. Przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych poza wyznaczonym miejscem pod rygorem dyscyplinarnego wypisania ze Szpitala.
13. W sytuacjach uzasadnionego podejrzenia poddać się kontroli osobistej na obecność narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych

- i innych podobnie działających oraz alkoholu i posiadania narzędzi niebezpiecznych.
14. W przypadkach wymienionych w pkt. 13 personel medyczny Izby Przyjęć/oddziału może przeszukać rzeczy osobiste pacjenta. Pacjent musi być uprzedzony o zamiarze przeszukania rzeczy osobistych. Personel musi podjąć próbę uzyskania zgody pacjenta. Działania takie muszą być zawsze przeprowadzane w obecności pacjenta oraz, co najmniej dwóch pracowników medycznych, bez udziału innych pacjentów. Podjęte czynności muszą być dokładnie opisane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w raporcie pielęgniarskim/ lekarskim z podaniem:
 - 1) daty i godziny przeszukania,
 - 2) informacji o poinformowaniu pacjenta o zamiarze przeszukania jego rzeczy osobistych,
 - 3) uzasadnienia przeszukania,
 - 4) informacji o wyniku przeszukania z podaniem szczegółowego opisu rzeczy, które znaleziono podczas przeszukania.
 - 5) danych identyfikacyjnych i podpisem osób uczestniczących w przeszukaniu.
 15. Przeszukanie osobiste pacjenta powinno odbywać się zgodnie z prawem do poszanowania intymności i godności pacjenta, co łączy się z koniecznością doboru personelu medycznego mającego przeprowadzić procedurę, odpowiednio do płci pacjenta. W celu prawidłowej realizacji procedury personel Izby Przyjęć może posłkować się personelem z oddziałów szpitala bądź przekazać pacjenta do przeszukania bezpośrednio w oddziale docelowym, po uprzednim poinformowaniu personelu medycznego, tego oddziału, o zaistnieniu przesłanek do przeszukania pacjenta w oddziale i braku możliwości realizacji procedury w Izbie Przyjęć.
 16. Pacjent może wychodzić poza teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody Kierownika- Lekarza danego oddziału.
 17. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
 18. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

Rozdział II. Tryb rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków

§64

1. Skargi i wnioski mogą być składane w formie ustnej lub pisemnej.
2. W sprawie skarg i wniosków przyjmuje Dyrektor Szpitala w poniedziałki od godziny 13⁰⁰ do 14⁰⁰.
3. W formie pisemnej, skargi i wnioski przyjmowane są w Sekretariacie Szpitala wszystkie dni robocze w godzinach od 8⁰⁰ do 15⁰⁰.

4. Na terenie Szpitala działa Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego-informacje w sprawie urzędowania Rzecznika zamieszczone są na tablicach informacyjnych w komórkach działalności podstawowej o profilu psychiatrycznym.

§65

1. Przedmiotem skargi lub wniosku może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Szpitala.
2. Skarga pacjenta złożona w formie pisemnej zawiera, co najmniej:
 - 1) imię, nazwisko i dokładny adres zamieszkania bądź adres do korespondencji,
 - 2) datę zdarzenia,
 - 3) nazwisko osoby, wobec której skierowane są zarzuty,
 - 4) uzasadnienie stawianych w skardze zarzutów.
3. Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu 30 dni, od dnia złożenia skargi.
4. Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi zawiera w szczególności:
 - 1) wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona,
 - 2) podanie imienia i nazwiska, stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi,
 - 3) uzasadnienie z podaniem okoliczności faktycznych i w miarę potrzeby prawnych.

§66

1. Dla należytego sposobu rozpatrywania skarg i wniosków Dyrektor Szpitala może powoływać doraźne komisje.
2. Zadaniem komisji jest rozpatrywanie skarg na zaniedbania, zaniechania działania lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Szpitala oraz wniosków, przedmiotem, których są w szczególności sprawy organizacji, usprawnienia pracy i zapobiegania nadużyciom oraz lepszego zaspokajania potrzeb osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych.
3. Po rozpatrzeniu skargi lub wniosku komisja może wskazywać podjęcie właściwych środków zmierzających do usunięcia przyczyn skargi lub przyjęcia uzasadnionego wniosku.

§67

Roszczenia odszkodowawcze pacjentów są rozpatrywane i załatwiane zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz kodeksu cywilnego. Na żądanie pacjenta Szpital ma obowiązek podać dane dotyczące zawartego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Dział XI

Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami w zakresie diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania

§68

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi położonymi na obszarze jego działania w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. W sytuacjach, w których Szpital nie może zapewnić we własnym zakresie kompleksowego udzielania świadczeń współdziała z jednostkami zajmującymi się

diagnostyką poza szpitalem na podstawie odrębnych przepisów i zawartych umów.

3. W przypadku konieczności przeniesienia pacjenta do innego podmiotu leczniczego pracownicy postępują zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami, regulującymi rodzaj obowiązującej dokumentacji medycznej i odpowiedzialności personelu medycznego.

DZIAŁ XII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§69

1. W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej i pozostałe obowiązujące przepisy prawa mające zastosowanie w ochronie zdrowia.
2. Traci moc Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu wprowadzony Zarządzeniem nr 21/2020 z dnia 05 marca 2020r..
3. Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Załączniki:

Załącznik nr 1

Schemat organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu



Schemat Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolestawcu



