

DYREKTOR NACZELNY

dr Cezary Tomiczek

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

SZPITALA POWIATOWEGO

W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM

Misja Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim

„Dobro i zdrowie pacjenta naszym celem nadrzędnym”.

Lipiec 2026 rok

Andrzej

SPIS TREŚCI

DZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
----------------------------	---

DZIAŁ II

PRZEBIEG UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	4
--	---

Rozdział I Postanowienia Ogólne.....	4
Rozdział II Lecznictwo stacjonarne.....	6
Rozdział III Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.....	10
Rozdział IV Ratownictwo medyczne i doraźna pomoc medyczna.....	12
Rozdział V Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.....	12
Rozdział VI Pracownie diagnostyczne	13

DZIAŁ III

ORGANIZACJA I ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU	14
--	----

Rozdział I Postanowienia Ogólne.....	14
Rozdział II Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze w Zakładzie.....	15
Rozdział III Struktura organizacyjna i zakres działania jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu oraz warunki ich współdziałania.....	21
Rozdział IV Postępowanie w razie potrzeby ewakuacji jednostek i komórek Zakładu	35

DZIAŁ IV

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.....	36
---	----

DZIAŁ V

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	37
----------------------------------	----

Rozdział I Postanowienia Ogólne.....	37
Rozdział II Prawa Pacjenta.....	37
Rozdział III Obowiązki Pacjenta	41
Rozdział IV Zasady przebywania na terenie Zakładu osób trzecich	42
Rozdział V Zasady udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta	43
Rozdział VI Tryb rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków	44

DZIAŁ VI

OBOWIĄZKI ZAKŁADU W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA.....	45
---	----

Rozdział I Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta	45
Rozdział II Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów od osób zmarłych.....	47

DZIAŁ VII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE	48
-----------------------------	----

DZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

§ 2

1. Regulamin Organizacyjny zwany dalej „Regulaminem” określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim.
2. Regulamin ustala Kierownik Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim.

§ 3

Niniejszy Regulamin opracowano na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 3) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 4) ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,
- 5) ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 6) Statutu Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim,
- 7) innych przepisów prawa dotyczących funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 4

Ileokroć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) Zakładzie - należy przez to rozumieć Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim,
- 2) Kierownika - należy przez to rozumieć Dyrektora Naczelnego Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim,
- 3) Zakładach leczniczych - należy przez to rozumieć Szpital, Zespół Poradni Specjalistycznych, Stację Pogotowia Ratunkowego, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy,
- 4) jednostkach organizacyjnych - należy przez to rozumieć Szpital, Zespół Poradni Specjalistycznych, Stację Pogotowia Ratunkowego, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy,
- 5) komórkach organizacyjnych - należy przez to rozumieć wewnętrzne komórki organizacyjne Zakładu, takie jak: oddziały szpitalne, pododdziały szpitalne, bloki operacyjne i trakty porodowe, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne, aptekę, dział farmacji szpitalnej, sterylizatornię, działy i sekcje zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych oraz samodzielne stanowiska pracy,
- 6) świadczeniobiorcy - należy przez to rozumieć pacjentów.

§ 5

Podmiotem tworzącym i nadzorującym Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim jest Powiat Wodzisławski.

§ 6

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do rejestru podmiotów

wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego oraz wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Zakładu w ramach zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi finansowanie działalności leczniczej.

§ 7

Celem działania Zakładu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.

§ 8

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych wynika ze Statutu Zakładu oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

DZIAŁ II

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rozdział I.

Postanowienia ogólne.

§ 9

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne w Zakładzie są udzielane bez skierowania w stanach zagrożenia zdrowia i życia lub w innych przypadkach wskazanych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Zakładu potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
5. Zakład prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. W zakładzie funkcjonuje Cennik opłat na świadczenia zdrowotne z częściową lub całkowitą odpłatnością stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 10

1. Prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest potwierdzane w następujący sposób:
 - 1) Na podstawie numeru PESEL za okazaniem przez pacjenta dokumentu tożsamości np.:
 - a) dowodu osobistego lub paszportu lub mTożsamości,
 - b) prawa jazdy,
 - c) w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 r.ż.: legitymacji szkolnej lub mLegitymacji szkolnej,
 - d) legitymacji studenckiej lub mLegitymacji studenckiej.
 - 2) Za okazaniem jednego z nadal obowiązujących papierowych dokumentów potwierdzających ubezpieczenie.
 - 3) Poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o prawie do świadczeń – zgodnie ze

wzorem opracowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia:
 - a) w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) w terminie 7 dni od dnia zakończenia leczenia w oddziale szpitalnym- pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.
3. Przez stan nagły (stan nagłego zagrożenia zdrowotnego) należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

§ 11

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są pacjentom według kolejności zgłaszania oraz zgodnie z harmonogramami przyjęć, w wyznaczonych dniach i godzinach.
2. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych oraz które zgodnie z przepisami prawa mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością jest ustalana przez Kierownika Zakładu w drodze Zarządzenia. W tym samym trybie Kierownik Zakładu upoważniony jest do określenia organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.
3. Harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących w Zakładzie prowadzone są w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
4. Poza kolejnością przyjmowani do Szpitali są pacjenci w przypadkach nagłych, tj. w stanie zagrożenia zdrowia i życia, porodu, wypadku, zatrucia, urazu.
5. Szczególne uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej posiadają:
 - 1) kobiety w ciąży;
 - 2) świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
 - 3) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - b) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
 - 4) świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawiają legitymację "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu";
 - 5) inwalidzi wojenni i wojskowi;
 - 6) żołnierze Sił Zbrojnych RP odbywający służbę wojskową w czasie pokoju;
 - 7) żołnierze Sił Zbrojnych RP i wojsk sojusznicznych biorący udział w działaniach obronnych w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, w tym w pierwszej kolejności ranni i poszkodowani w wyniku działań wojennych;
 - 8) cywilne ofiary działań wojennych;
 - 9) kombatancki;
 - 10) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
 - 11) osoby deportowane do pracy przymusowej;
 - 12) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na

- zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 13) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - 14) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 - na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi;
 - 15) żołnierze zawodowi, o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
 - 16) żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
 - 17) osoby, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia.
6. Z zastrzeżeniem § 11 ust. 2 proces udzielania świadczeń zdrowotnych jest zorganizowany w sposób, o którym mowa w §12- § 26.

Rozdział II.

Lecnictwo stacjonarne.

§ 12

1. Hospitalizacja - to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczny – terapeutyczny oraz proces pielęgnacyjny i rehabilitacji trwający od chwili przyjęcia pacjenta do Szpitala do momentu jego wypisu lub zgonu.
2. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
 - a) kompleksową ocenę stanu zdrowia,
 - b) przeprowadzenie procedur diagnostyczno - terapeutycznych, w tym leczenie onkologiczne na podstawie „Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego”,
 - c) leczenie farmakologiczne i / lub zabiegowe, w tym leczenie onkologiczne na podstawie „Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego”,
 - d) rehabilitację leczniczą, niezbędną w procesie leczenia,
 - e) wypis pacjenta: do domu/ do innego podmiotu leczniczego,
 - f) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji.
3. Pacjenci w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim są hospitalizowani w ramach funkcjonujących Oddziałów oraz Pododdziałów Szpitalnych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
4. Szpital zapewnia przyjętym pacjentom:
 - a) świadczenia zdrowotne,
 - b) środki farmaceutyczne, materiały medyczne i środki pomocnicze,
 - c) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - d) transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach.

§ 13

1. Pacjent ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
2. Pacjenci w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim przyjmowani są w trybie planowym i nagłym.
3. Przyjęcia w trybie planowym ze skierowaniem do leczenia szpitalnego odbywają się w ramach działających w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim Izb Przyjść.

4. W stanach nagłych, gdy nieudzielenie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia, świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania.
5. Przyjęcia pacjentów w trybie nagłym odbywają się całodobowo w Izbach Przyjęć działających w ramach Szpitala.
6. O przyjęciu do Szpitala orzeka lekarz dyżurny Izby Przyjęć po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, a w przypadku małoletniego lub pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego albo zgody Sądu Rodzinnego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania takiej osoby zgody może udzielić opiekun faktyczny.
7. Uwzględniając stan zdrowia pacjenta lekarz, o którym mowa w ust. 6, podejmuje decyzję o natychmiastowym przyjęciu, o odmowie przyjęcia lub wyznacza termin przyjęcia, dokonując jednocześnie odpowiednich wpisów w dokumentacji zbiorczej Szpitala, tj. w „Księdze przyjęć i wypisów”, w „Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych” lub w „Księdze oczekujących na przyjęcie do Szpitala”.
8. Jeżeli lekarz, o którym mowa w ust. 6, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a z powodu braku miejsc z zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital lub względów epidemicznych nie pozwalają na jego przyjęcie, lekarz po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innej jednostki posiadającej zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, po uprzednim porozumieniu się z tą jednostką. Po dokonanych rozpoznaniu o stanie zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.

§ 14

Przyjęcie pacjenta do Szpitala – Izba Przyjęć.

1. W Izbie Przyjęć (dalej: IP) udzielane są świadczenia zdrowotne w trybie nagłym i planowym.
2. Pracą IP kieruje Koordynator Izby Przyjęć. Lekarze dyżurni oddziałów szpitalnych i IP zaopatrują pacjentów równolegle w zależności od posiadanego przez pacjenta skierowania/karty przekazania przez zespół ratownictwa medycznego oraz stanu zdrowia pacjenta w kolejności wynikającej z przeprowadzonej wstępnej segregacji medycznej (TRIAGE).
3. Rejestracja w IP funkcjonuje całodobowo, przez siedem dni w tygodniu. Po ustaleniu tożsamości, pacjent jest rejestrowany przez rejestratorki przy wykorzystaniu systemu elektronicznego AMMS. Dokumentowanie świadczeń udzielanych w IP dokonywane jest w formie elektronicznej lub papierowej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa powszechnego i regulacjami wewnętrznymi Szpitala.
4. Rejestratorka medyczna/pielęgniarka/ratownik medyczny IP uzyskuje stosowne oświadczenia i zgody pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa powszechnego i regulacjami wewnętrznymi Szpitala. W przypadkach wymagających natychmiastowego udzielenia pomocy wszelkie czynności związane z dokumentacją medyczną są wykonywane w terminie późniejszym.
5. Po przeprowadzonym triagu pielęgniarka/ratownik medyczny Izby Przyjęć zawiadamia lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub oddziału szpitalnego (zgodnie z wykazem lekarzy dyżurnych) o zgłoszeniu się pacjenta, udziela lekarzowi informacji o stanie ogólnym i dolegliwościach pacjenta.
6. Lekarz dyżurny bada pacjenta, zleca niezbędne badania, zabiegi, leki, a pielęgniarka/ratownik medyczny je wykonuje, dokumentując to we właściwy sposób, każdy w swoim zakresie. Decyzję, co do skierowania pacjenta do oddziału szpitalny lub udzielenia porady ambulatoryjnej podejmuje lekarz.
7. Kwalifikacje do leczenia planowego odbywają się przez lekarzy oddziałów szpitalnych każdorazowo w IP /poradniach lub w oddziałach szpitalnych.
8. Rodzina pacjenta uczestniczy w procesie przyjęcia i badania wstępnego pacjenta według

- jego życzenia.
9. Z chwilą podjęcia decyzji o przyjęciu pacjenta do oddziału szpitalnego i wyrażeniu zgody przez pacjenta na hospitalizację zakładana jest wymagana dokumentacja medyczna.
 10. Po wykonaniu czynności związanych z przyjęciem pacjenta w Izbie Przyjęć, zostaje on zaopatrzony w znaki identyfikacyjne i przekazany do oddziału szpitalnego.
 11. Z chwilą podjęcia decyzji przez lekarza dyżurnego o udzieleniu porady ambulatoryjnej pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną Izby Przyjęć, a jeżeli zachodzi konieczność również skierowania na świadczenia zdrowotne, recepty lub e-recepty na leki i zlecenia lub e-zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi.
 12. Izba Przyjęć Oddziału Ginekologiczno-Położniczego znajduje się na 3. piętrze budynku głównego Szpitala w Wodzisławiu Śląskim. W przypadku konieczności udzielenia świadczeń zdrowotnych dotyczących położnictwa i ginekologii położna Izby Przyjęć zawiadamia telefonicznie lekarza Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz udziela mu informacji o ogólnym stanie zdrowia i dolegliwościach pacjentki, a następnie:
 - położna wykonuje zlecone badania,
 - w przypadku podjęcia decyzji przez lekarza o przyjęciu pacjentki do Oddziału i wyrażeniu zgody na hospitalizację, położna zakłada wymaganą dokumentację medyczną oraz prowadzi pacjentkę do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

§ 15

Oddział Szpitalny.

1. Przyjęcie pacjenta do Oddziału Szpitalnego rozpoczyna się od umieszczenia pacjenta w sali chorych, zapoznania go z personelem Oddziału, współpacjentami, topografią Oddziału, prawami i obowiązkami pacjenta i regulaminem odwiedzin.
2. Regulamin odwiedzin oraz informacja o prawach pacjenta – są do wglądu pacjenta i jego rodziny.
3. W czasie pobytu pacjenta w Oddziale prowadzi się wg planu jego opiekę i leczenie oraz przygotowuje się go w Zespole Terapeutycznym do wypisu i powrotu do domu.
4. W przypadku konieczności konsultacji w klinice czy szpitalu specjalistycznym zapewnia się pacjentowi konsultację i transport medyczny. Czynności z tym związane załatwia personel Oddziału, w którym przebywa pacjent.
5. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego.
6. Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego: po złożeniu odpowiedniego oświadczenia (w przypadku jego braku lekarz musi sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej), osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach związanych z zaprzestaniem leczenia w Szpitalu,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczenia może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
 - 4) jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania pacjenta do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń Sąd Rodzinny. O odmowie wypisania i jej przyczynach niezwłocznie zawiadamia się Sąd Rodzinny.
 - 5) jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym

terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.

7. Po zakończeniu leczenia pacjent otrzymuje:
 - 1) „Kartę informacyjną leczenia szpitalnego” w 2 egzemplarzach,
 - 2) skierowania na świadczenia zdrowotne zalecone w „Karcie informacyjnej”,
 - 3) recepty lub e-recepty na leki i zlecenia lub e-zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w „Karcie informacyjnej”,
 - 4) zwrot przedstawionej w trakcie leczenia dokumentacji medycznej będącej własnością pacjenta,
 - 5) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami,
 - 6) zalecenia żywieniowe odnośnie diety w żywieniu poszpitalnym odnotowane w Karcie Żywienia Dietetycznego.
8. Do momentu opuszczenia Oddziału pacjent ma zapewnioną całodobową opiekę lekarsko - pielęgniarską Oddziału, w którym był hospitalizowany.
9. Pomoc lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjentów Oddziału Rehabilitacyjnego w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych - na wezwanie pielęgniarki – zapewniają lekarze Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym.

§ 16

Przekazywanie pacjenta na Blok Operacyjny/ Trakt Porodowy.

1. Pacjent przygotowywany jest do zabiegu operacyjnego/porodu w Oddziale, a w stanach nagłych przekazywany z Izby Przyjęć.
2. Przed zabiegiem/porodem pacjenta z Oddziału lub z Izby Przyjęć przejmuje pielęgniarka anestezjologiczna.
3. Po dokonaniu formalności (wpis do dokumentacji, sprawdzenie danych osobowych) pacjent zostaje przewieziony na salę operacyjną/trakt porodowy i przygotowany do zabiegu.
4. Po wykonanym zabiegu lekarze i pielęgniarki oceniają stan zdrowia pacjenta oraz dokonują niezbędnych wpisów w dokumentacji medycznej i przekazują pacjenta na salę wybudzeniową, a następnie do Oddziału.
5. Ustala się, że wpisy w „Okółooperacyjnej karcie kontrolnej” są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest każdorazowo lekarz pierwszy operator.
6. W Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim, jako podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, zostały ustalone i wdrożone do monitorowania wskaźniki tej opieki, z przypisaniem ich do określonego obszaru opieki okołoporodowej. Monitoring wskaźników odbywa się nie rzadziej niż raz w roku, ze szczególnym uwzględnieniem medykalizacji porodu. Dokumentowanie powyższych wskaźników dokonywane jest w *Rejestrze wskaźników opieki okołoporodowej, Księdze porodów* oraz indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki i noworodka. Ocenę satysfakcji pacjentek prowadzi się w oparciu o ankietyzację. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej sporządzane są cząstkowe miesięczne zestawienia oraz roczne raporty.

§ 17

Wypadki masowe i katastrofy.

1. Personel Izb Przyjęć Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim przeprowadza krótki wywiad drogą radiową lub telefoniczną z Centrum Powiadamiania Ratunkowego i jednostkami pierwszej pomocy (Pogotowie, Policja, Straż Pożarna) w celu zorientowania się w ogólnej sytuacji wypadkowej oraz ilości osób poszkodowanych.

2. Personel Izb Przyjęć Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim powiadamia o katastrofie lekarza dyżurnego zwanego „starszym”, lekarza Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz lekarzy zabiegowych i prowadzi przygotowania wstępne wg poleceń osoby kierującej akcją.
3. W miarę potrzeb powiadamia również:
 - 1) Dyrektora Naczelnego,
 - 2) Dyrektora Medycznego,
 - 3) Dyrektora Administracyjno-Technicznego,
 - 4) Pielęgniarkę Naczelną,
 - 5) Kierownika Apteki Szpitalnej,
 - 6) Kierowników Pracowni Diagnostyki Obrazowej.
4. Personel Izb Przyjęć przygotowuje pomieszczenia do przyjęć ofiar katastrofy oraz ekipę i środki do przewozu i przenoszenia poszkodowanych (np. pracownicy warsztatu, pozostały personel pomocniczy Szpitala).
5. Lekarz dyżurny wyznacza osobę odpowiedzialną za zabezpieczenie mienia osobistego rannych.
6. Rannych dzieli się natychmiast po przewiezieniu na:
 - 1) pacjentów w stanach ciężkich,
 - 2) pacjentów w stanach lżejszych,
 - 3) mężczyzn, kobiety, dzieci.
7. Bezzwłocznie wykonuje się czynności ratujące życie u osób w stanie ciężkim, następnie zakłada się niezbędną dokumentację medyczną i transportuje się pacjentów do Oddziałów Szpitalnych.
8. Lżej chorych, po opatrzeniu i założeniu dokumentacji medycznej przekazuje się do Oddziałów Szpitalnych.
9. Chorzy niewymagający hospitalizacji, po opatrzeniu i umożliwieniu im kontaktu telefonicznego z rodziną są zwalniani do domu lub miejsca czasowego pobytu.
10. Personel Izb Przyjęć Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim organizuje transport w/w do miejsca zamieszkania osób niezdolnych do samodzielnej podróży lub podróży z osobą towarzyszącą.

Rozdział III.

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.

§ 18

1. Świadczenia gwarantowane z zakresu Ambulatoryjnych Świadczeń Specjalistycznych są udzielane w poradniach specjalistycznych lub innych komórkach organizacyjnych lecznictwa ambulatoryjnego przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo inną osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych.
2. Świadczenia specjalistyczne obejmują:
 - 1) porady specjalistyczne, w tym leczenie onkologiczne na podstawie „Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego” DILO,
 - 2) udzielanie albo zlecanie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych,
 - 3) procedury zabiegowe ambulatoryjne,
 - 4) ordynowanie koniecznych leków,
 - 5) zlecanie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,
 - 6) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowskowe lub rehabilitację leczniczą,
 - 7) orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie,
 - 8) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych.

§ 19

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub na podstawie „Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego” DiLO.
2. Rejestracja do lekarza specjalisty odbywa się: osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem innej osoby lub drogą elektroniczną.
3. Skierowanie obejmuje całość specjalistycznych świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia.
4. Jeżeli w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych wykonywanych u dzieci stwierdzono występowanie chorób wrodzonych, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia tych chorób następuje bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.
5. Skierowanie nie jest również wymagane do świadczeń:
 - 1) ginekologa i położnika;
 - 2) dentysty;
 - 3) wenerologa;
 - 4) onkologa;
 - 5) psychiatry;
 - 6) dla osób chorych na gruźlicę;
 - 7) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - 8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatanów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
 - 9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - 10) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - 11) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - 12) dla świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
 - 13) dla świadczeniobiorcy posiadającego orzeczenie:
 - a) znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - b) niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
6. W stanach nagłych ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne mogą być udzielane bez wymaganego skierowania.

§ 20

W przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem ambulatoryjnym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz kierujący obowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania na leczenie szpitalne aktualnych wyników badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

§ 21

1. Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych odbywa się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym dla poszczególnych poradni oraz zgodnie z prowadzonym harmonogramem przyjęć, w tym listą oczekujących.

2. Pacjenci przyjmowani są w ramach funkcjonujących poradni specjalistycznych w Zespole Poradni Specjalistycznych określonych w Załączniku Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział IV. Ratownictwo medyczne.

§ 22

1. Zadania związane bezpośrednio z ratowaniem zdrowia i życia w stanach nagłych realizowane są w ramach systemu Ratownictwa Medycznego, w skład którego wchodzi świadczenia udzielane przez Podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego.
2. Swoje zadania Ratownictwo Medyczne realizuje w miejscu zdarzenia, wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia skutkującym zagrożeniem życia.
3. Zespoły Ratownictwa Medycznego funkcjonują w oparciu o wojewódzki plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Zespół Ratownictwa Medycznego zapewniający gotowość do udzielania świadczeń nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, transportu sanitarnego podstawowej opiece zdrowotnej.
5. Miejsca stacjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego określa Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział V. Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 23

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej Zakład realizuje w następujących zakresach:
 - 1) nocna i świąteczna opieka zdrowotna,
 - 2) transport sanitarny w POZ.
2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna obejmuje:
 - 1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
 - 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w pkt 1.
 - 4) poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
 - 5) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
 - 6) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w pkt 4.

3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane są w Zespole Poradni Specjalistycznych w Wodzisławiu Śląskim i w Zespole Poradni Specjalistycznych w Rydułtowach od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8⁰⁰ dnia danego do godziny 8⁰⁰ dnia następnego.
4. Transport sanitarny w POZ realizowany jest przez Szpital w Wodzisławiu Śląskim w godz. od 8.00-18.00 i dotyczy następujących świadczeń:
 - 1) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
 - 2) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
 - 3) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
 - 4) przewóz, z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
 - 5) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej;
 - 6) transport sanitarny "*daleki*" w POZ.

Rozdział VI.

Pracownie diagnostyczne.

§ 24

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących Pracowni diagnostycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Badania diagnostyczne mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne na podstawie umowy zawartej z Zakładem w lokalizacji lub poza nią. W przypadku konieczności zapewnienia opieki lekarskiej pacjentowi w trakcie wykonywania badania w lokalizacji, opiekę zapewnia lekarz kierujący na badanie lub inny wskazany przez lekarza kierującego.

§ 25

1. Pacjent ma prawo do bezpłatnych świadczeń z zakresu badań diagnostycznych na podstawie ważnego skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.
2. W przypadku braku skierowania, za badania diagnostyczne odpłatność ponosi pacjent.
3. Cennik za badania diagnostyczne w Zakładzie, o których mowa w ust. 2 stanowi Załącznik nr 2.

§ 26

Pracowanie diagnostyczne dostępne są dla oddziałów szpitalnych według ustalonego harmonogramu.

DZIAŁ III

ORGANIZACJA I ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU.

Rozdział I. Postanowienia ogólne.

§ 27

Wewnętrzными aktami normatywnymi obowiązującymi w Zakładzie są wydawane przez Kierownika Zakładu:

- 1) regulaminy,
- 2) zarządzenia,
- 3) instrukcje,
- 4) procedury,
- 5) standardy.

§ 28

Projekty dokumentów wymienionych w §27 opracowują właściwe merytorycznie komórki organizacyjne Zakładu lub pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach. Opracowane i uzgodnione pod względem formalno-prawnym z pracownikiem Działu Organizacyjno-Prawnego projekty dokumentów wymienionych w § 27, przekazywane są do akceptacji Kierownika Zakładu.

§ 29

Zbiór aktów normatywnych, o których mowa w §27 przechowuje właściwa komórka organizacyjna Zakładu.

§ 30

1. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Zakładu podpisuje Kierownik Zakładu. Kierownik może delegować to uprawnienie na wyznaczoną przez siebie osobę z zachowaniem formy pisemnej.
2. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Zakładu złożoną do podpisu osobom, o których mowa w ust.1 parafują: pracownicy sporządzający, kierownicy komórek organizacyjnych, których dotyczy korespondencja oraz właściwy merytorycznie Zastępca Dyrektora.
3. Korespondencję wewnętrzną podpisują kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach.
4. Obieg dokumentów wynika z Instrukcji Kancelaryjnej Zakładu oraz Zarządzeń Kierownika w tej sprawie.

§ 31

1. Przełożonym wszystkich pracowników Zakładu jest Kierownik, który kieruje Zakładem, reprezentuje go na zewnątrz, działając zgodnie z przepisami prawa.
2. Kierownik jest pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy oraz składa w imieniu Zakładu oświadczenia woli.
3. Kierownik działa w Zakładzie przy pomocy:
 - 1) Dyrektora Medycznego,

- 2) Dyrektora Administracyjno–Technicznego,
 - 3) Pielęgniarki Naczelnej,
 - 4) Głównego Księgowego,
 - 5) kierowników komórek organizacyjnych,
 - 6) pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.
4. Kierownika Zakładu w czasie jego nieobecności zastępują jego zastępcy lub inna osoba upoważniona przez Kierownika.
 5. Organem doradczym Kierownika jest Rada Społeczna.
 6. Pozostali pracownicy podlegają Kierownikowi za pośrednictwem swoich przełożonych.
 7. Szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim przedstawia Schemat Organizacyjny, stanowiący Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 32

1. Oddziałami Szpitalnymi i ich Pododdziałami, komórkami organizacyjnymi wchodzącymi w strukturę organizacyjną oddziału kieruje ordynator lub lekarz kierujący oddziałem.
2. Poradniami specjalistycznymi i pozostałymi komórkami medycznymi, które nie wchodzą w struktury organizacyjne oddziałów szpitalnych kieruje Dyrektor Medyczny. W poszczególnych komórkach mogą być ustanowieni kierownicy.
3. Pracownikami diagnostycznymi oraz działami administracyjnymi i technicznymi kierują kierownicy tych komórek organizacyjnych.
4. Sekcjami kierują kierownicy sekcji, którzy podlegają kierownikom działów w zakresie ich właściwości lub bezpośrednio Kierownikowi Zakładu bądź jego Zastępcom.
5. Pielęgniarkami, położnymi oddziałowymi i koordynującymi, które organizują i sprawują nadzór nad pracą personelu pielęgniarskiego/położniczego kieruje Pielęgniarka Naczelna.

§ 33

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

Rozdział II.

Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze w Zakładzie.

§ 34

1. Zakres uprawnień i obowiązków Kierownika obejmuje w szczególności:
 - 1) wytyczanie głównych kierunków rozwoju działalności Zakładu,
 - 2) planowanie i nadzorowanie działalności Zakładu,
 - 3) ustalanie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Zakładu,
 - 4) kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych oraz ich kierowników,
 - 5) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, nagradzaniem, dyscyplinowaniem pracowników Zakładu,
 - 6) nadzór nad pozyskaniem funduszy zewnętrznych oraz udziału w projektach m.in. ministerialnych, unijnych,
 - 7) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie finansów, remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
 - 8) współdziałanie z organizacjami związków zawodowych działających w Zakładzie i innymi organizacjami, w tym samorządami zawodowymi pracowników,
 - 9) wykonywanie czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Zakładem, wynikających z obowiązujących przepisów.

2. Kierownik jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Zakładu, 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.
3. Kierownik podejmuje decyzje w sprawach nie uregulowanych niniejszym Regulaminem.

§ 35

1. **Dyrektor Medyczny** kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalność medyczną Zakładu i podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora Medycznego obejmuje w szczególności:
 - 1) tworzenie warunków należytej realizacji zadań statutowych Zakładu, związanych z dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) nadzór nad realizacją umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz prowadzenie bieżącej analizy wykonywanych procedur medycznych,
 - 3) nadzór nad zachowaniem co najmniej minimalnych norm wyposażenia w sprzęt, aparaturę i środki medyczne oraz zachowanie tych standardów stosownie do obowiązujących przepisów,
 - 4) nadzór nad prawidłowością gospodarowania sprzętem i aparaturą medyczną,
 - 5) koordynacja i nadzór nad pracą podległych oddziałów, pododdziałów i działów działalności podstawowej oraz współpraca z kierownikami innych działów Zakładu,
 - 6) organizowanie i inicjowanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne i usługi medyczne,
 - 7) nadzór nad prawidłowością i terminowością prowadzenia dokumentacji medycznej w komórkach organizacyjnych,
 - 8) przyjmowanie i terminowe rozpatrywanie wniosków i skarg pacjentów lub ich rodzin,
 - 9) nadzór nad funkcjonowaniem Działu Kontraktowania i Statystyki Medycznej.
3. Dyrektor Medyczny odpowiedzialny jest za całokształt działalności medycznej Zakładu, a w szczególności ponosi odpowiedzialność za poziom udzielanych w Zakładzie świadczeń zdrowotnych, ich organizację, należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie.
4. Dyrektor Medyczny podlega bezpośrednio Kierownikowi Zakładu i przed nim odpowiada za wykonywanie powierzonych mu zadań.

§ 36

1. **Dyrektor Administracyjno – Techniczny** kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalnością Zakładu w zakresie spraw finansowych, technicznych, informatycznych, administracyjno - gospodarczych oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora Administracyjno-Technicznego obejmuje w szczególności:
 - 1) nadzór i kontrolę nad majątkiem Zakładu pod względem budowlanym i energetycznym,
 - 2) tworzenie planów inwestycyjnych na każdy rok kalendarzowy,
 - 3) wykonywania sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego,
 - 4) nadzorowanie i koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych:
 - Działu Technicznego,
 - Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,

- Działu Informatyki,
 - Centralnego Archiwum Medyczne,
 - Sklepu Medycznego,
- 5) nadzorowanie funkcjonowania Działu Utrzymania Czystości – w zakresie kompetencji Dyrektora Administracyjno-Technicznego,
 - 6) podejmowanie działań zmierzających do minimalizacji kosztów materiałowych i zużycia energii,
 - 7) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie administrowania i prowadzenia prawidłowej gospodarki majątkiem Zakładu,
 - 8) nadzorowanie i kontrola stanu technicznego taboru sanitarnego,
 - 9) nadzorowanie i kontrola w zakresie spraw technicznych, gospodarczych i administracyjnych związanych z prawidłowym funkcjonowaniem Zakładu,
 - 10) sprawowanie kontroli nad właściwym użytkowaniem i zabezpieczeniem majątku Zakładu,
 - 11) przygotowanie programu restrukturyzacji dla Zakładu,
 - 12) bieżące monitorowanie procedur z realizacji programu restrukturyzacyjnego,
 - 13) tworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji medycznej zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki zgodnie z przepisami prawa.
3. Dyrektor Administracyjno-Techniczny ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie całokształtu spraw technicznych oraz administracyjno - gospodarczych Zakładu.
 4. Dyrektor Administracyjno-Techniczny podlega bezpośrednio Kierownikowi Zakładu i przed nim odpowiada za wykonywanie powierzonych mu zadań.

§ 37

1. **Pielęgniarka Naczelna** kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalność Zakładu w zakresie wszelkich spraw związanych z organizowaniem i koordynowaniem pracy:
 - 1) podległego personelu pielęgniarskiego/położniczego zatrudnionego w jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim,
2. Pielęgniarka Naczelna określa politykę w zakresie jakości sprawowanej przez pielęgniarki i położne oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego jej pionu.
3. Zakres uprawnień i obowiązków Pielęgniarki Naczelnej obejmuje w szczególności:
 - 1) zarządzanie zasobami ludzkimi, w tym opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego i położniczego,
 - 2) wydaje opinię w sprawach dotyczących podległego personelu w zakresie:
 - zatrudniania i zwalniania,
 - awansowania, nagradzania i dyscyplinowania,
 - 3) określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy pionu pielęgniarskiego i położniczego w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych Zakładu,
 - 4) określanie poziomu zatrudnienia i rodzaju kwalifikacji potrzebnych na danym stanowisku oraz planowanie i kierowanie personelu na szkolenia i specjalizacje,
 - 5) ustalanie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległego personelu,
 - 6) ustalanie strategii wynagradzania personelu pielęgniarskiego i położniczego oraz pozostałego podległego personelu medycznego,
 - 7) zbieranie danych o faktycznym zapotrzebowaniu na opiekę pielęgniarską / położniczą w poszczególnych oddziałach Szpitala,
 - 8) śledzenie na bieżąco zmian na rynku wprowadzających nowe rozwiązania organizacyjne, mające istotny wpływ na jakość świadczonych usług medycznych przez personel pielęgniarski / położniczy,
 - 9) rozpatrywanie skarg na działalność podległego personelu.
4. Pielęgniarka Naczelna sprawuje nadzór nad:

- 1) dokumentacją pielęgniarską / położniczą,
 - 2) dyscypliną pracy podległego personelu,
 - 3) terminowością sprawozdawczości i jakością realizacji zadań przez pion pielęgniarski / położniczy.
5. Pielęgniarka Naczelna w realizacji zadań współpracuje z:
 - 1) Dyrekcją Zakładu, ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałami szpitalnymi i Kierownikami pozostałych jednostek i komórek organizacyjnych,
 - 2) z publicznymi i niepublicznymi szkołami wyższymi w zakresie stworzenia właściwych warunków do realizacji szkolenia praktycznego studentów na terenie Zakładu.
 6. Pielęgniarka Naczelna uczestniczy w odprawach kierownictwa Zakładu oraz w innych zespołach problemowych powoływanych przez Kierownika Zakładu.
 7. Pielęgniarka Naczelna opiniuje kandydatów na kierownicze stanowiska pielęgniarskie / położnicze oraz decyduje o pełnym wykorzystaniu kadry pielęgniarskiej / położniczej do działań na rzecz podnoszenia jakości pracy i świadczonych usług medycznych w Zakładzie.
 8. Pielęgniarka Naczelna podlega bezpośrednio Kierownikowi Zakładu i przed nim odpowiada za wykonywanie powierzonych jej zadań.

§ 38

1. **Główny Księgowy** kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalnością w zakresie spraw księgowych, ekonomicznych i finansowych i podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Głównego Księgowego obejmuje w szczególności:
 - 1) kontrolę i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 2) planowanie, wykorzystanie i ewidencję środków finansowych związanych z funkcjonowaniem Zakładu,
 - 3) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie gospodarki finansowej zakładu,
 - 4) nadzór nad obiegiem i kontrolą dokumentów finansowych,
 - 5) kontrolę i nadzór nad inwentaryzacją środków trwałych i wyposażenia oraz zapasów magazynowych,
 - 6) nadzór nad rachunkiem kosztów,
 - 7) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - 8) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - 9) opracowywanie planów finansowych,
 - 10) prowadzenie gospodarki finansowej Zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 11) określanie zasad, według których pozostałe komórki organizacyjne winne zapewnić prawidłową realizację gospodarki finansowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej.
3. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie rachunkowości jednostki.
4. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Kierownikowi Zakładu i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

§ 39

I. Wspólne zadania, obowiązki i odpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych działalności podstawowej – ordynator / lekarz kierujący oddziałem, kierownik działu.

1. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem i kierownik działu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Medycznemu.

2. Do podstawowych zadań i obowiązków ordynatora / lekarza kierującego oddziałem i kierownika działu należy zarządzanie i kierowanie oddziałem/działem, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
- 1) prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno - leczniczego,
 - 2) zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących przepisów oraz standardów i możliwości Zakładu poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń,
 - 3) podejmowanie, w trybie obowiązującym w Zakładzie, działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań oddziału/działu,
 - 4) przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,
 - 5) analizowanie potrzeb oddziału/działu i przedkładanie ich przełożonemu,
 - 6) racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa, w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym,
 - 7) nadzór nad prawidłowością i terminowością sporządzania dokumentacji, jej przepływem, bezpieczeństwem i prawidłową archiwizacją,
 - 8) nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów wydzielonych dla potrzeb działalności oddziału/działu,
 - 9) nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno - leczniczego,
 - 10) zgłaszanie zastrzeżeń i uwag w zakresie stanu techniczno - sanitarnego infrastruktury i wyposażenia oddziału/działu,
 - 11) skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Zakład z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami,
 - 12) analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz analiza realizacji kontraktów,
 - 13) nadzór nad stanem epidemiologicznym oddziału/działu, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
 - 14) zgłaszanie Pielęgniarsce Epidemiologicznej wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,
 - 15) w razie potrzeby, udział w komisjach, w tym m.in.
 - a) ds. zakażeń szpitalnych,
 - b) analizujących skuteczność leczenia i przyczyny zgonów,
 - c) sprawujących nadzór nad jakością działalności dydaktycznej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy,
 - 16) nadzór nad przestrzeganiem prawa pracy, obowiązujących regulacji wewnątrzzakładowych oraz zasad bhp i p/poż. przez podległy personel,
 - 17) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
 - 18) współpraca z kadrą kierowniczą innych podmiotów medycznych, konsultantami i kadrą kierowniczą organów samorządowych i państwowych, w zakresie dotyczącym oddziału/działu,
 - 19) realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze,
 - 20) udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg, zażaleń i postępowań sądowych zakresie dotyczącym działalności oddziału/działu,
 - 21) nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków ordynator/lekarz kierujący oddziałem i kierownik działu posiada uprawnienia do:

- 1) zapoznania się z dokumentami dotyczącymi bieżącego funkcjonowania Zakładu w zakresie działalności oddziału/działu,
 - 2) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - 3) opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania oddziału/działu,
 - 4) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących zakresu działalności oddziału/działu,
 - 5) wydawania opinii w sprawach dotyczących personelu zatrudnionego w oddziale/dziale,
 - 6) udziału w komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki/położnej oddziałowej dotyczy ordynatorów/lekarzy kierujących oddziałem.
4. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika.

II. Wspólne uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w Zakładzie.

1. Kierownicy komórek organizacyjnych Zakładu odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach organizacyjnych oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych w szczególności należy:
 - 1) ustalenie zakresów obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności podległych pracowników,
 - 2) organizowanie i planowanie pracy komórki,
 - 3) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego oraz terminowego wykonania przez podległą komórkę obowiązków i zadań,
 - 4) przydzielanie pracy podległym pracownikom i udzielanie wytycznych co do sposobu ich wykonania,
 - 5) udzielanie wiążących wyjaśnień w zakresie spraw objętych działalnością komórki,
 - 6) nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki zawodowej oraz przepisów o zachowaniu tajemnicy państwowej i służbowej,
 - 7) wnioskowanie o udzielenie nagród i kar zgodnie z zasadami określonymi w Kodeksie Pracy, Regulaminie Pracy oraz Regulaminie Wynagradzania Zakładu, współdziałanie we właściwym doborze kadr oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy w komórce organizacyjnej,
 - 8) wnioskowanie o przeszerzeganie pracowników podległej komórki organizacyjnej,
 - 9) sporządzanie planów urlopów,
 - 10) składanie wniosków o delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza teren Zakładu,
 - 11) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
 - 12) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków,
 - 13) nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją baz danych w postaci zapisów elektronicznych według kompetencji merytorycznych,
 - 14) usprawnianie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej,
 - 15) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
 - 16) dokonywanie oceny podległych pracowników.

§ 40

1. W Zakładzie funkcjonują samodzielne stanowiska pracy: Pełnomocnik ds. Kontroli Wewnętrznej, Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością, Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta, Inspektor ds. Obronnych i Rezerw, Inspektor Ochrony Danych.

2. Kierownik powołuje pełnomocników do realizacji określonych tematycznie zadań.
3. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne oraz współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.

Rozdział III.

Struktura organizacyjna i zakres działania jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu oraz warunki ich współdziałania.

§ 41

Strukturę organizacyjną Zakładu tworzą:

- 1) pion Kierownika Zakładu,
- 2) pion Dyrektora Medycznego,
- 3) pion Dyrektora Administracyjno - Technicznego,
- 4) pion Pielęgniarki Naczelnej,
- 5) pion Głównego Księgowego.

§ 42

Schemat przedstawiający strukturę organizacyjną Zakładu stanowią Załączniki od Nr 4 do Nr 8 do niniejszego Regulaminu.

§ 43

1. Współdziałanie jednostek i komórek organizacyjnych powinno zmierzać do zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Zakładu pod względem diagnostyczno - leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno - gospodarczym.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
 - 1) kadry zarządzającej,
 - 2) Dyrektora bądź Dyrektora Medycznego z Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych Zakładu,
 - 3) Pielęgniarki Naczelnej z Pielęgniarkami i Położnymi Oddziałowymi, Pielęgniarkami Koordynującymi oraz Kierownikami podległych komórek organizacyjnych.
3. Ordynatorzy/lekarze kierujący oddziałem, Kierownicy komórek organizacyjnych oraz Pielęgniarki i Położne Oddziałowe, Pielęgniarki Koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

§ 44

I. Pion Kierownika Zakładu tworzą następujące komórki organizacyjne:

1. Dział Kadr

1) do zadań Działu Kadr należy w szczególności:

- a) prowadzenie spraw osobowych związanych z przyjęciem, zatrudnieniem i zwolnieniem pracowników,
- b) przygotowywanie dokumentów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę,
- c) zawieranie umów cywilno-prawnych,
- d) prowadzenie akt osobowych oraz ewidencji pracowników,
- e) ewidencjonowanie czasu pracy i nieobecności pracowników (urlopy, czasowa

- niezdolność do pracy) w postaci dokumentów oraz w systemie komputerowym,
- f) sporządzanie dokumentacji związanej z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy,
 - g) sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu z dokumentacji bieżącej i archiwalnej,
 - h) kompletowanie i przygotowywanie do archiwizacji akt osobowych pracowników zwolnionych,
 - i) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
 - j) prowadzenie spraw związanych z konkursem ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie ordynacji podstawowej oraz pełnienia dyżurów medycznych,
 - k) rozliczanie czasu pracy wszystkich pracowników
 - l) rozliczanie i potwierdzanie rachunków dot. umów cywilnoprawnych,
 - m) obsługa petentów Działu,
 - n) kompletowanie dokumentacji wymaganej do odbycia praktyk zawodowych/zajęć praktycznych,
 - o) współpraca z podmiotami zewnętrznymi, kierującymi osoby do odbycia praktyk zawodowych/zajęć praktycznych,
 - p) tworzenie procedur, regulaminów oraz innych dokumentów zabezpieczających prawidłowy nadzór nad realizacją praktyk zawodowych/zajęć praktycznych,
 - q) koordynowanie staży podyplomowych lekarzy – przygotowywanie dokumentów dotyczących staży, w tym porozumień, skierowań, korespondencja z instytucjami zewnętrznymi tj. Śląską Izbą Lekarską, Urzędem Wojewódzkim, podmiotami zewnętrznymi, prowadzącymi staże, kursy itd.,
 - r) przygotowywanie dokumentów dla lekarzy będących na stażu podyplomowym lub w trakcie specjalizacji, w tym przygotowywanie porozumień, skierowań oraz korespondencja z podmiotami zewnętrznymi prowadzącymi staże cząstkowe,
 - s) obsługa aplikacji SMK – System Monitorowania Kształcenia, w tym składanie wniosków o akredytację dla oddziałów szpitalnych (przyznanie miejsc specjalizacyjnych).

2. Inspektor BHP

- 1) Do zadań Inspektora BHP należy realizacja obowiązków wynikających z Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 roku w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

Do zakresu działania Inspektora BHP należy m.in.:

- a) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- b) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiu chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
- c) sporządzanie analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- d) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- e) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
- f) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- g) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- h) współpraca z jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zakładu 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,

- i) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy;
 - podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
 - podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
- j) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiu chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.

3. Inspektor P.poż.

- 1) Do zadań Inspektora P. Poż należy:
 - a) czuwanie nad zapewnieniem bezpieczeństwa pożarowego ludzi i mienia Zakładu, (szkolenia personelu, opracowanie Instrukcji p/pożarowej),
 - b) zgłaszanie Dyrekcji wniosków i postulatów w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
 - c) czuwanie nad przestrzeganiem przepisów p/pożarowych przez pracowników,
 - d) prowadzenie dokumentacji związanej z ochroną p/pożarową.

4. Dział Organizacyjno – Prawny

- 1) Do zadań Działu należy wykonywanie obsługi prawnej i jej organizacja w Zakładzie, a w szczególności:
 - a) wydawanie opinii i udzielanie porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
 - b) współudział przy opracowywaniu zarządzeń, regulaminów, instrukcji,
 - c) informowanie o zmianach w przepisach prawnych,
 - d) udział radcy prawnego w charakterze pełnomocnika Zakładu w postępowaniach sądowych oraz przed innymi organami administracji rządowej i samorządowej,
 - e) uczestniczenie w zawieraniu umów i innych stosunków prawnych pomiędzy Zakładem a innymi jednostkami organizacyjnymi,
 - f) przygotowanie projektów zmian oraz opracowywanie tekstów jednolitych Statutu oraz Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim,
 - g) przygotowywanie materiałów i protokołowanie posiedzeń Rady Społecznej Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim,
 - h) przygotowanie projektów odpowiedzi w zakresie udostępniania informacji publicznej,
 - i) przygotowanie projektów komunikatów, poleceń służbowych i Zarządzeń Dyrektora,
 - j) przygotowanie projektów pism do jednostek nadrzędnych i współpracujących ze Szpitalem,
 - k) współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego oraz przygotowanie punktów wyborczych dla pacjenta, w razie organizacji wyborów,
 - l) zgłaszanie zmian formalno – prawnych dotyczących funkcjonowania Zakładu do Krajowego Rejestru Sądowego,
 - m) wykonywanie innych czynności o charakterze oceniającym oraz doradczym,
 - n) obsługa zgłoszeń wewnętrznych w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim,
 - o) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

5. Kancelaria Ogólna.

1) Do zadań Kancelarii należy:

- a) zapewnienie sprawnej obsługi kancelaryjno – administracyjnej Zakładu,
- b) zapewnienie sprawnej organizacji zadań powierzonych przez Kierownika Zakładu i jego Zastępców,
- c) kompletowanie dokumentów urzędowych i obiegowych,
- d) prowadzenie kontroli nad stosowaniem jednolitego nazewnictwa na formularzach i pieczętkach,
- e) obsługa klientów Kancelarii i Sekretariatu,
- f) organizowanie codziennej pracy Kierownika Zakładu i jego Zastępców wg przyjętych zasad współpracy oraz obsługa biurowa Sekretariatu,
- g) nadzór nad sprawnym obiegiem korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej Zakładu sygnowanej przez Kierownika i jego Zastępców,
- h) organizowanie spotkań (przyjęcia interesantów i pracowników Zakładu) oraz wyjazdów służbowych Kierownika Zakładu i jego Zastępców,
- i) rejestrowanie korespondencji wpływającej do Zakładu, dostarczanie jej do Kierownika Zakładu w celu dokonania dekretacji,
- j) przekazywanie korespondencji do odpowiednich jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu zgodnie z dekretacją,
- k) wysyłanie korespondencji przekazywanej z jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu,
- l) nadzór nad stosowaniem instrukcji kancelaryjnej obowiązującej w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim,
- m) prowadzenie ewidencji zarządzeń wydawanych przez Kierownika Zakładu, ogłaszanych konkursów, umów,
- n) nadzór w przygotowaniu dokumentacji medycznej na potrzeby firm ubezpieczeniowych i instytucji państwowych (ZUS, KRUS, Sądy, Prokuratura i inne),
- o) przygotowanie wykazu firm na potrzeby Działu Księgowości w celu wyegzekwowania należności za udostępnienie ksero dokumentacji medycznej,
- p) inne czynności zlecone w zakresie obsługi biurowej.

6. Samodzielne stanowiska pracy

1) Pełnomocnik ds. Kontroli Wewnętrznej

Do zadań Pełnomocnika ds. Kontroli Wewnętrznej należy:

- a) opracowywanie planów kontroli w Zakładzie w porozumieniu z Kierownikiem Zakładu,
- b) przeprowadzanie czynności kontrolnych na podstawie planów kontroli najważniejszych obszarów w danej jednostce organizacyjnej Zakładu tj.:
 - stanu zasobów majątkowych,
 - gospodarki finansowej,
 - zatrudnienia i wynagrodzeń,
 - działalności gospodarczej pod względem efektywności wykorzystania środków,
 - przestrzegania zasad gospodarki materiałowej ze zwróceniem uwagi na przejawy niegospodarności i nadużyć,
 - przestrzegania zasad sporządzania i terminów obiegu dokumentów,
- c) ustalanie, a także wykazywanie przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych, jak również wskazywanie sposobów umożliwiających usunięcie stwierdzonych negatywnych zjawisk,
- d) składanie sprawozdań z przeprowadzonych kontroli w Zakładzie Kierownikowi Zakładu,
- e) przeprowadzanie czynności sprawdzających oraz ocena dostosowania działań komórek kontrolowanych do przedstawionych wcześniej zaleceń kontroli,
- f) przeprowadzanie kontroli poza planem kontroli na wniosek Kierownika Zakładu,

- g) wykrywanie i określanie potencjalnego ryzyka, mogącego się pojawić w ramach całego obszaru działalności Zakładu oraz pomoc w osiąganiu celów statutowych poprzez wprowadzanie systematycznego, zdyscyplinowanego podejścia do oceny i udoskonalanie efektywności procesów zarządzania ryzykiem,
- h) koordynowanie procesów kontroli zarządczej sprawowanej w zakładzie,

2) Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością.

Do zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością należy:

- a) zadania związane z planowaniem Systemu Zarządzania Jakością (SZJ),
- b) opracowanie, wdrożenie, utrzymanie SZJ,
- c) popularyzacja świadomości dotyczącej wymagań SZJ,
- d) opracowanie dokumentacji SZJ, w tym współpraca z pracownikami medycznych i pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala lub powołanymi przez Kierownika Zakładu zespołami problemowymi, koordynowanie prac w tym zakresie,
- e) nadzór nad wdrożeniem procedur,
- f) organizacja zespołów audytorów i koordynowanie działań związanych z prowadzeniem audytów wewnętrznych,
- g) nadzór nad audytami wewnętrznymi,
- h) współpraca z jednostkami zewnętrznymi w zakresie wdrażania i certyfikacji ustanowionego systemu zarządzania jakością,
- i) organizacja szkoleń związanych z wdrażaniem systemu jakości,
- j) nadzorowanie działań związanych z monitorowaniem jakości wykonywanych zadań oraz satysfakcji pacjentów i personelu z realizowanych zadań,
- k) przygotowanie sprawozdań dla Kierownika Zakładu z funkcjonowania SZJ,
- l) zbieranie i analiza danych dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania jakością w celu określenia jego skuteczności i ciągłego doskonalenia,
- m) nadzór nad działaniami korygującymi i zapobiegawczymi oraz weryfikacja dokumentacji,
- n) wydawanie pracownikom wiążących poleceń w zakresie jego właściwości,
- o) informowanie Kierownika Zakładu o dostępności i zmianach z zakresu pozyskiwania środków pomocowych z UE oraz współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi przy przygotowaniu dokumentacji aplikacyjnej,
- p) opracowanie, wdrażanie i nadzór nad elektroniczną dokumentacją medyczną,
- q) nadzór nad udostępnieniem dokumentacji medycznej, polityką bezpieczeństwa i ochroną danych w niej zawartych,
- r) w realizacji zadań współpracuje z Dyrekcją Zakładu, ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałami szpitalnymi, pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi, koordynującymi, Kierownikami pozostałych jednostek i komórek organizacyjnych oraz pracownikami zatrudnionymi na samodzielnych stanowiskach pracy.

3) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:

- a) przygotowanie projektów odpowiedzi na skargi i wnioski pacjentów i ich rodzin,
- b) rozwiązywanie bieżących problemów w kontakcie z pacjentami,
- c) analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie kierownikowi podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych działań naprawczych,

4) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw.

Do zadań Inspektora ds. Obronnych i Rezerw należy prowadzenie spraw obronnych mających na celu przygotowanie Zakładu do sprawnego funkcjonowania realizacji zadań statutowych oraz dodatkowych zadań operacyjnych na wypadek wewnętrznego i zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, w tym w szczególności:

- a) przygotowanie do uruchomienia w Zakładzie Stałego Dyżuru,
- b) opracowywanie i aktualizacja obronnej dokumentacji planistycznej, przygotowującej Zakład do realizacji zadań w czasie wewnętrznego i zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny,
- c) udział w opracowywaniu kart realizacji zadań operacyjnych, których realizatorem jest Zakład,
- d) prowadzenie spraw reklamowania (wyłączania) pracowników od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
- e) udział w grach decyzyjnych i ćwiczeniach obronnych organizowanych przez Starostę Wodzisławskiego (po otrzymaniu zaproszenia do udziału w przedsięwzięciu),
- f) nadzór nad rezerwami materiałowymi i współpraca w tym zakresie z Śląskim Urzędem Wojewódzkim i Agencją Rezerw Materiałowych.

5) Inspektor Ochrony Danych.

Podstawowym obowiązkiem IOD jest zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności poprzez:

- a) sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych,
- b) nadzorowanie, opracowanie i aktualizowanie dokumentacji (w tym Polityki Bezpieczeństwa) opisującej sposób przetwarzania danych i środki techniczne oraz organizacyjne zapewniające jej ochronę i przestrzegania zasad w niej określonych,
- c) zapoznanie osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych,
- d) prowadzenie rejestru zbioru danych osobowych przetwarzanych przez administratora danych,
- e) sprawdzenie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych,
- f) opracowywanie sprawozdań zgodnie z obowiązującymi przepisami i przekazywanie za pośrednictwem administratora danych do właściwych instytucji.

§ 45

I. Pion Dyrektora Medycznego oprócz komórek organizacyjnych działalności podstawowej tj. Oddziałów, Pododdziałów, Poradni Specjalistycznych, Pracowni Diagnostycznych, Ambulatoriów Ogólnych, Izb Przyjęć, Zespołów Ratownictwa Medycznego itp. tworzą następujące komórki organizacyjne:

1. Apteka szpitalna, do której zadań należy:

- 1) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych z Apteki Szpitalnej,
- 2) sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych,
- 3) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
- 4) prawidłowe gospodarowanie zapasami produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdującymi się w Aptece Szpitalnej,
- 5) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami

- medycznymi w komórkach organizacyjnych Zakładu,
- 6) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
 - 7) wnioskowanie o zakupy oraz określenie produktów leczniczych i wyrobów medycznych w oparciu o aktualny receptariusz szpitalny,
 - 8) prowadzenie praktyk zawodowych studentów i techników farmacji,
 - 9) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych do komórek organizacyjnych Zakładu,
 - 10) gromadzenie oraz prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem apteki wg obowiązujących przepisów,
 - 11) prowadzenie ewidencji wartościowej materiałów do dezynfekcji i gazów medycznych.

2. (wykreślono)

3. Pielęgniarka Epidemiologiczna

- 1) Pielęgniarka Epidemiologiczna tworzy samodzielną medyczną komórkę organizacyjną podległą Dyrektorowi Medycznemu.
- 2) Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy w szczególności:
 - a) identyfikacja i analiza czynników ryzyka występowania zakażeń szpitalnych;
 - b) monitorowanie zakażeń szpitalnych;
 - c) określenie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu;
 - d) analizowanie źródła zakażeń;
 - e) współdziałanie w wypracowaniu strategii działań zakładu opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki, kontroli i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - f) udział w opracowywaniu, wdrażaniu, opiniowaniu standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń;
 - g) współpraca z członkami Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie realizacji programu profilaktyki i kontroli zakażeń;
 - h) kierowanie i koordynowanie działaniami w obszarze realizacji programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych;
 - i) zapewnienie jakości opieki nad pacjentem w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - j) nadzorowanie wdrażania i funkcjonowania standardów, procedur z zakresu profilaktyki zakażeń;
 - k) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego zakładu;
 - l) koordynowanie wypracowanych i zatwierdzonych standardów w zakresie:
 - m) segregacji odpadów,
 - n) procesów dezynfekcji i sterylizacji.
 - o) nadzorowanie warunków przechowywania sterylnego sprzętu medycznego;
 - p) przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego oraz przedstawienie wyników prac Dyrekcji Szpitala;
 - q) nadzorowanie prowadzonej dokumentacji medycznej pod względem kontroli zakażeń szpitalnych oraz występujących drobnoustrojów alarmowych;
 - r) planowanie, organizowanie oraz prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych;
 - s) dokumentowanie prowadzonych działań w zakresie profilaktyki, kontroli oraz zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - t) planowanie i sprawozdawczość wynikające z obowiązków służbowych;
 - u) współpraca z Komitetem Terapeutycznym, Służbami Medycyny Pracy, BHP, instytucjami zewnętrznymi – kontrolującymi, naukowymi, opiniotwórczymi w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń szpitalnych;
 - v) współpraca z Państwową Inspekcją Sanitarną;
 - w) kontrola realizacji decyzji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

4. Transfuzjolog, do którego zadań należy:

- 1) okresowa ocena wskazań do przetoczenia,
- 2) analiza zużycia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych w celu racjonalnego wykorzystania krwi, jej składników oraz produktów,
- 3) nadzór nad monitorowaniem leczenia krwią i dokumentacją z tym związaną,
- 4) ocena stosowania metodyki przetoczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 5) analiza każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną postępowania,
- 6) analiza raportów o wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach, w szczególności o błędach i wypadkach związanych z przetoczeniem,
- 7) opracowanie programu kształcenia lekarzy, pielęgniarek (położnych) w dziedzinie leczenia krwią, organizacja i nadzór nad jego realizacją,
- 8) udział w kursach i seminariach organizowanych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi,
- 9) planowanie zaopatrzenia w krew i jej składniki,
- 10) roczna sprawozdawczość dotycząca zużycia krwi,
- 11) współpraca z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa,
- 12) współpraca z personelem oddziałów szpitalnych,
- 13) współpraca z bankiem krwi zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie leczenia krwią i preparatami krwiopochodnymi.
- 14) opracowanie i aktualizowanie standardowych procedur operacyjnych dotyczących, m.in. sposobu postępowania albo wykonywania działań lub powtarzanych okresowo czynności, w szczególności w związku z pobieraniem próbek krwi lub pobraniem krwi podczas zabiegów leczniczych, badaniem, dystrybucją oraz przetoczeniem,

5. Szkoła Rodzenia.

- 1) Zadaniem Szkoły Rodzenia jest przygotowanie rodziców do świadomego rodzicielstwa poprzez prowadzenie zajęć w formie warsztatowej zgodnie z ustalonym harmonogramem,
- 2) Szkoła Rodzenia prowadzi:
 - a) edukację kobiet ciężarnych,
 - b) psychoprofilaktykę porodu,
 - c) wykłady dotyczące opieki nad noworodkiem,
 - d) ćwiczenia fizyczne przygotowujące do odbycia porodu,
 - e) promocję zdrowia w grupie kobiet ciężarnych i przyszłych ojców,
- 3) Nadzór nad Szkołą Rodzenia w zakresie pracy położnych sprawuje Naczelna Pielęgniarka.

6. Dział Kontraktowania i Statystyki Medycznej.

- 1) Do zadań Działu Kontraktowania i Statystyki Medycznej, należy:
 - a) Obsługa Portalu Świadczeniodawcy i Portalu Potencjału:
 - ewidencja personelu,
 - ewidencja sprzętu,
 - ewidencja umów podwykonawstwa,
 - zgłaszanie zmian do NFZ w zakresie zatrudnienia personelu, zmian w zakresie sprzętu medycznego, harmonogramów komórek organizacyjnych we wszystkich rodzajach kontraktowanych świadczeń zdrowotnych,
 - kompleksowy przegląd weryfikacji świadczeń – sprawozdanie i korygowanie zakwestionowanych przez NFZ świadczeń,
 - naliczanie świadczeń do zapłaty,
 - pobieranie zakresów recept dla lekarzy,
 - przygotowywanie wniosków o zgody na rozliczenie za pomocą płatnika,
 - b) prowadzenie sprawozdawczości dla Narodowego Funduszu Zdrowia:
 - rozliczenie hospitalizacji według Jednorodnych Grup Pacjentów,
 - eksport świadczeń do systemów NFZ,
 - import świadczeń,

- weryfikacja błędów – walidacja wewnętrzna, walidacja NFZ,
- weryfikacja danych ubezpieczeniowych pacjentów z UE,
- nadzór nad prawidłowością rozliczenia zgodnie z katalogiem JGP,
- generowanie statystyk dla kolejek oczekujących i eksport kolejek do NFZ,
- obsługa programu internetowego Endoprotezoplastyka stawu biodrowego,
- c) prowadzenie sprawozdawczości statystycznej Szpitala oraz poradni specjalistycznych:
 - tworzenie miesięcznych, kwartalnych, półrocznych i rocznych zestawień z działalności Szpitala,
 - sporządzanie sprawozdań dla Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Wojewódzkiego, Głównego Urzędu Statystycznego,
- d) generowanie faktur za świadczenia udzielone w ramach umów z NFZ,
- e) przygotowywanie ofert w ramach postępowań konkursowych ogłaszanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – kontraktowanie świadczeń zdrowotnych,
- f) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia:
 - prowadzenie korespondencji z NFZ,
 - przygotowywanie wniosków o renegocjacje umów,
 - zgłaszanie przerw w działalności oddziałów, poradni,
 - przygotowywanie wniosków o zgody na rozliczenie za pomocą zgody płatnika,
 - śledzenie nowelizacji Zarządzeń Prezesa NFZ i informowanie oddziałów i poradni o zmianach,
- g) monitorowanie wykonania kontraktu w poszczególnych zakresach świadczeń,
- h) sporządzanie sprawozdań z wykonania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia dla wszystkich rodzajów umów z NFZ,
- i) sprawdzanie faktur wystawionych przez podwykonawców za udzielone świadczenia medyczne,
- j) przygotowywanie i przeprowadzanie konkursów ofert na świadczenia zdrowotne w ramach podwykonawstwa dla Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim, w tym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, procedur medycznych,
- k) zawieranie umów cywilnoprawnych z podmiotami nabywającymi usługi w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim,
- l) współpraca z Wydziałem Zdrowia i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim,
- m) współpraca z Urzędem Wojewódzkim w Katowicach,
- n) zgłaszanie zmian formalno-prawnych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- o) nadzór merytoryczny nad sekretarkami medycznymi,
- p) sporządzanie sprawozdań i zestawień dla potrzeb Zakładu i podmiotów zewnętrznych.

- II. 1. Do zasadniczych obowiązków komórek podległych Dyrektorowi Medycznemu należy wykonywanie świadczeń zdrowotnych i usług medycznych zgodnie z aktualną wiedzą i sztuką medyczną, przy wykorzystaniu najnowszych osiągnięć technicznych i zachowaniu najwyższej staranności, mając na względzie najwyższe dobro jakim jest życie i zdrowie pacjenta oraz jego prawa.
2. Dla skutecznego wykonywania działalności statutowej oddziały, pododdziały, poradnie specjalistyczne, działy i pracownie współpracują ze sobą i innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu.
3. Komórki organizacyjne pionu Dyrektora Medycznego prowadzą i gromadzą dokumentację wewnętrzną wg obowiązujących przepisów prawnych i zasad ustalonych w Zakładzie.
4. Pracownicy pionu Dyrektora Medycznego ponoszą odpowiedzialność dyscyplinarną i karną wg odrębnych przepisów, mogą ponosić odpowiedzialność cywilną za błąd w sztuce lub inne spowodowanie szkody oraz mogą ponosić odpowiedzialność porządkową.
5. Strukturę organizacyjną pionu Dyrektora Medycznego określa schemat stanowiący załącznik Nr 5 niniejszego Regulaminu.

I. Pion Dyrektora Administracyjno – Technicznego tworzą następujące komórki organizacyjne:

1. Dział Techniczny

1) Do zadań Działu Technicznego należy:

- a) nadzór merytoryczny i kontrola całokształtu spraw związanych z bieżącym utrzymaniem konserwacją oraz naprawami obiektów, pomieszczeń, instalacji i urządzeń szpitalnych,
- b) organizowanie, kierowanie i nadzorowanie robót konserwacyjnych, napraw i robót bieżących realizowanych przez własne zespoły oraz zewnętrzne przedsiębiorstwa specjalistyczne,
- c) zapewnienie ciągłej dostawy do pomieszczeń i obiektów Zakładu energii elektrycznej, energii cieplnej, gazu, wody, itp.
- d) rejestrowanie odczytów urządzeń pomiarowych,
- e) dokonywanie podziału kosztów za media (woda, prąd, ciepło, gaz, itp.),
- f) zapewnienie obsługi oraz nadzoru technicznego w zakresie urządzeń energetycznych, elektrycznych, ciepłowniczych, gazowych, itp.
- g) wykonywanie napraw awaryjnych,
- h) nadzorowanie i zapewnienie prawidłowej łączności telefonicznej w Zakładzie,
- i) prowadzenie obowiązującej dokumentacji, ewidencji i rozliczeń, sporządzanie zestawień, analiz oraz zbieranie danych do analiz na potrzeby jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu w zakresie działania działu,
- j) prawidłowe gospodarowanie zapasami znajdującymi się w Dziale Technicznym,
- k) nadzorowanie i obsługa biurowa spraw związanych z najmem, dzierżawą, zbyciem, oddaniem w użyczenie lub oddaniem w bezpłatne użytkowanie nieruchomości należących do Szpitala,
- l) nadzorowanie prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi,
- m) wycena ewidencyjna mienia przeznaczonego do kasacji, zbycia, wydzierżawienia lub nieodpłatnego przekazania,
- n) wykonywanie napraw, konserwacji oraz przeglądów technicznych aparatury medycznej, która nie jest objęta gwarancją producenta,
- o) prowadzenie i nadzór nad magazynem gazów medycznych,
- p) prowadzenie całokształtu spraw związanych z przygotowaniem, realizacją i rozliczeniem inwestycji i remontów,
- q) opracowywanie harmonogramów prac inwestycyjnych i remontowych,
- r) dokonywanie okresowych przeglądów obiektów budowlanych zgodnie z przepisami prawa budowlanego,
- s) prowadzenie na bieżąco ksiąg obiektów budowlanych,
- t) kompletowanie dokumentacji, zezwoleń i warunków technicznych,
- u) utrzymywanie czystości oraz właściwego stanu technicznego oznakowań na terenie zewnętrznym Zakładu,

3. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

1) Do zadań Działu w obszarze zamówień publicznych należy:

- a) ustalanie trybów zamówienia publicznego dla poszczególnych zamówień oraz konsultowanie tego z Kierownikiem Zakładu,
- b) kontrolowanie zgodności zakupów towarów i usług z ustawą o zamówieniach publicznych,
- c) proponowanie składu komisji przetargowych, które powołuje Kierownik Zakładu,
- d) opracowywanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia na podstawie materiałów merytorycznych dostarczanych przez kierowników działów lub członków

- komisji przetargowych,
- e) współpraca z komisjami przetargowymi lub osobami prowadzącymi postępowanie (w przypadku niepowoływania komisji przetargowej),
 - f) udział w prowadzonych procedurach zamówień publicznych w zakresie formalnym,
 - g) przygotowywanie pism, ogłoszeń, zawiadomień kierowanych do wykonawców i Urzędu Zamówień Publicznych – związanych z udzielaniem zamówień publicznych,
 - h) prowadzenie dokumentacji związanej z procedurami udzielania zamówień publicznych, opracowywanie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (wraz z wszystkimi załącznikami) w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach,
 - i) obsługa biurowa procedur udzielania zamówień publicznych, udzielanie informacji związanych z procedurą zamówienia,
 - j) opracowywanie sprawozdań w zakresie zamówień publicznych, przewidzianych w obowiązujących przepisach.
- 2) Do zadań Działu w obszarze zaopatrzenia należy:
- a) realizowanie umów zawartych w drodze zamówienia publicznego zgodnie z ustawą,
 - b) pełne i terminowe realizowanie potrzeb w oparciu o bieżące zapotrzebowania na sprzęt medyczny, bieliznę, artykuły gospodarcze, środki czystości, materiały biurowe, sprzęt techniczny, artykuły elektryczne, budowlane oraz inne potrzebne zakupy,
 - c) przyjmowanie materiałów do magazynu,
 - d) wydawanie materiałów pracownikom do użytkowania,
 - e) sporządzanie dokumentów przychodowo – rozchodowych,
 - f) prowadzenie ewidencji ilościowej materiałów w magazynie,
 - g) sporządzanie miesięcznych sprawozdań obrotów magazynowych,
 - h) zgłaszanie reklamacji w przypadku dostarczenia do magazynu towaru niezgodnego z dokumentem dostawy lub uszkodzonego,
 - i) przeprowadzanie kontroli jakościowej i ilościowej stanów magazynowych,
 - j) sporządzanie sprawozdań wynikających z potrzeb bieżącego zarządzania Zakładem,
 - k) wykonywanie innych zadań wynikających z wewnętrznych Zarządzeń Kierownika Zakładu,
 - l) sporządzanie sprawozdań magazynowych z podziałem kosztów wg miejsc ich powstawania (za wyjątkiem apteki),
 - m) prowadzenie ewidencji wartościowej materiałów do sterylizacji.

4. Dział informatyki.

- 1) Do zadań Działu informatyki należy:
- a) obsługa, rozbudowa i nadzorowanie sieci komputerowej Zakładu,
 - b) wykonywanie instalacji i napraw sprzętu komputerowego,
 - c) konserwowanie sprzętu komputerowego,
 - d) szkolenie użytkowników komputerów w zakresie obsługi sprzętu komputerowego i programów komputerowych,
 - e) administrowanie i zarządzanie następującymi komputerowymi systemami informatycznymi:
 - systemy szpitalne i ambulatoryjne,
 - systemy finansowo – księgowe,
 - systemy kosztowe,
 - systemy kadrowe,
 - f) zabezpieczanie posiadanych danych eksploatowanych podsystemów informatycznych przed utratą, uszkodzeniem i niepożądanym dostępem,
 - g) dbanie o dokumentację techniczną sprzętu i sieci komputerowej,
 - h) nadzór nad stronami internetowymi Zakładu (tworzenie, aktualizacje),
 - i) współtworzenie polityki bezpieczeństwa i ochrony danych w Zakładzie.

5. Sklep Medyczny

- 1) Do zadań sklepu medycznego należy:
 - a) sprzedaż wyrobów medycznych refundowanych i nierefundowanych,
 - b) realizacja umowy z NFZ w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne,
 - c) obsługa Portalu Świadczeniodawcy w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne,
 - d) obsługa Portalu Zleceń Zaopatrzenia,
 - e) zamawianie i rozliczanie towaru,
 - f) obsługa księgowo-finansowa sklepu.

6. Centralne Archiwum Medyczne

- 1) Do zadań Centralnego Archiwum Medycznego należy:
 - a) przyjmowanie i archiwizowanie akt całego Zakładu,
 - b) ewidencja archiwizowanych akt,
 - c) udostępnianie akt pracownikom do celów służbowych na terenie Zakładu,
 - d) udostępnianie akt na zewnątrz Zakładu dla potrzeb pacjentów, organów i podmiotów zewnętrznych,
 - e) współpraca z właściwym terytorialnie Archiwum Państwowym:
 - prowadzenie korespondencji z Archiwum Państwowym,
 - sporządzanie wniosku o wydanie zgody na brakowanie dokumentacji niearchiwalnej,
 - sporządzanie protokołu oceny dokumentacji niearchiwalnej,
 - śledzenie nowelizacji Zarządzeń Naczelnego Dyrektora Archiwów Państwowych i dostosowywanie do Zakładu,
 - f) brakowanie akt po uzyskaniu zezwolenia z właściwego terytorialnie archiwum państwowego,
 - g) przygotowanie wniosku o udzielenie zamówienia publicznego na niszczenie nośników dokumentacji poprzez wyszukanie firm zewnętrznych zajmujących się utylizacją dokumentacji zgodnie z przepisami,
 - h) zamówienie pojemników na utylizowaną dokumentację, obecność w momencie odbioru dokumentów, sprawdzenie założenia plomb, sprawdzenie faktury pod względem merytorycznym tj. zgodności ceny z umową i ilości zafakturowanej dokumentacji do utylizacji,
 - i) przygotowanie dokumentacji w celu przewiezienia do archiwum w Rydułtowach,
 - j) przekazywanie materiałów archiwalnych do archiwum państwowego,
 - k) ewidencjonowanie warunków atmosferycznych.

§ 47

I. Pion Pielęgniarki Naczelnej, do której zadań należy:

- 1) zabezpieczenie i organizacja wykonywania świadczeń zdrowotnych i usług medycznych przez podległy personel, tj. pielęgniarki, położne, ratowników medycznych i rejestratorki medyczne Izby Przyjęć, sanitariuszy w jednostkach i komórkach organizacyjnych Zakładu, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 2) zabezpieczenie sprawowania opieki nad pacjentem zgodnie z obowiązującymi przepisami, zaleceniami i standardami opieki pielęgniarskiej.
- 3) dbałość o podnoszenie jakości świadczonych usług,
- 4) nadzór nad tworzeniem obsady personelu stanowiącej podstawę zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziałów, pododdziałów, pracowni diagnostycznych z uwzględnieniem wymaganych kwalifikacji mających zastosowanie w świadczeniu usług na danym odcinku pracy,
- 5) nadzór nad Działem Utrzymania Czystości oraz Sterylizatornią

1. Dział Utrzymania Czystości

- 1) Do zadań Działu utrzymania czystości należy:

- a) prowadzenie całości spraw związanych z utrzymaniem czystości w budynkach i pomieszczeniach Zakładu,
- b) prowadzenie spraw związanych z zakupem bielizny pościelowej, artykułów czystościowych, artykułów gospodarczych oraz wnioskowanie o zakup w w/w zakresie dla jednostek i komórek organizacyjnych,
- c) właściwa gospodarka środkami czystości oraz sprzętem do utrzymania czystości, sporządzanie sprawozdań dla potrzeb jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu,
- d) współpraca z podmiotami wykonującymi usługi pralnicze,
- e) prowadzenie i nadzór nad magazynami bielizny czystej i bielizny rotacyjnej,
- f) nadzorowanie właściwej jakości prania,
- g) zarządzanie oraz nadzór nad personelem Działu Utrzymania Czystości (salowe, sprzątaczkę, sortowaczki bielizny, pracownicy gospodarczy, sanitariusze),
- h) opracowywanie harmonogramów pracy dla personelu i ustalanie zastępstw.

2. Sterylizatornia.

1) Do zadań pracowników Sterylizatorni należy:

- a) przyjmowanie sprzętu do sterylizacji,
- b) dezynfekcja narzędzi i sprzętu,
- c) sterylizacja narzędzi i materiałów opatrunkowych parą nasyconą,
- d) codzienna kontrola procesów mycia i dezynfekcji (myjnia),
- e) codzienna kontrola skuteczności sterylizacji w autoklawie,
- f) zamawianie materiałów do pakowania sprzętu i materiałów opatrunkowych przeznaczonych do sterylizacji oraz prowadzenie gospodarki tymi materiałami,
- g) określanie warunków transportu sprzętu do i ze Sterylizatorni,
- h) określanie warunków przekazywania sterylnego sprzętu,
- i) określanie terminu sterylności,
- j) prowadzenie walidacji procesów sterylizacji.

3. Dział żywienia

1) Do zadań Działu żywienia należy prowadzenie spraw związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia, a w szczególności:

- a) koordynowanie pracami w zakresie organizacji żywienia w Szpitalu oraz w Zespole do Systemu HACCP;
- b) opracowanie merytoryczne dokumentacji przetargowej (SIWZ) w zakresie żywienia, udział w komisjach przetargowych;
- c) współpraca z dostawcą usług cateringową: zamawianie, odbiór i nadzór nad dystrybucją posiłków w oddziałach szpitalnych;
- d) rozliczenie miesięczne posiłków oraz zatwierdzanie faktur pod względem merytorycznym;
- e) sporządzanie opisów diet, edukacja pacjenta, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej;
- f) nadzór nad kompletnością wyposażenia w kuchenkach oddziałowych;
- g) nadzór merytoryczny nad studentami diety odbywającymi praktyki zawodowe w naszym szpitalu.

4. Pracownik Socjalny

1) Do zadań Pracownika Socjalnego należy:

- a) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych oraz sytuacji po opuszczeniu szpitala,
- b) przeprowadzanie wywiadów z rodziną pacjenta w celu rozpoznania sytuacji socjalno-bytowej pacjenta po zakończeniu hospitalizacji,
- c) zbieranie informacji na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny

- w środowisku od służb socjalnych (ośrodki pomocy społecznej),
- d) stawianie diagnozy społecznej pacjenta,
 - e) utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji,
 - f) pozostanie w stałym kontakcie z lekarzami, pielęgniarkami, sekretarkami medycznymi,
 - g) udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do ZOL, DPS, środowiskowych domów samopomocy,
 - h) wyszukiwanie zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najszybszy dostęp do świadczeń,
 - i) kompletowanie dokumentów dot. umieszczenia pacjenta w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych,
 - j) występowanie do powiatowych zespołów ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności z wnioskiem o ustalenie stopnia niepełnosprawności,
 - k) występowanie do powiatowych zespołów ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności o przyspieszenie, o pierwszą kolejność w rozpatrzeniu wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności,
 - l) występowanie do ośrodków pomocy społecznej o przyznanie zasiłków stałych, okresowych i celowych oraz usług opiekuńczych,
 - m) informowanie o możliwości pozyskania świadczeń pieniężnych z innych instytucji,
 - n) udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, ośrodkach Monaru itp.),
 - o) podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z policją, ośrodki pomocy społecznej, szpitale, pogotowie ratunkowe, straż miejska, ośrodki pomocy społecznej),
 - p) nawiązanie kontaktu z instytucjami użyteczności publicznej, organizacjami pozarządowymi, samorządowymi, NFZ w sprawach socjalnych, zawodowych i rodzinnych pacjentów,
 - q) występowanie o przyznanie pacjentowi prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
 - r) informowanie o innych możliwościach pozyskania ubezpieczenia zdrowotnego,
 - s) informowanie o możliwościach uzyskania przez pacjenta dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, likwidacja barier architektonicznych,
 - t) wykonywanie obowiązków wynikających ze standardów ochrony małoletnich przyjętych w Szpitalu.

- II. 1. Do zasadniczych obowiązków pracowników pionu Pielęgniarki Naczelnej należy wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz usług medycznych i pomocniczych w jednostkach i komórkach organizacyjnych Zakładu.
2. Dla skutecznego wykonywania działalności statutowej komórki organizacyjne pionu Pielęgniarki Naczelnej współpracują z innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu.
3. Komórki organizacyjne pionu Pielęgniarki Naczelnej prowadzą i gromadzą dokumentację wewnętrzną wg obowiązujących przepisów prawnych i zasad ustalonych w Zakładzie.
4. Pracownicy komórek pionu Pielęgniarki Naczelnej ponoszą odpowiedzialność dyscyplinarną i karną wg odrębnych przepisów, mogą ponosić odpowiedzialność cywilną za błąd w sztuce lub spowodowane szkody oraz mogą ponosić odpowiedzialność porządkową.
5. Strukturę organizacyjną pionu podległemu Pielęgniarence Naczelnej określa schemat stanowiący załącznik Nr 7 do niniejszego Regulaminu.

I. Pion Głównego Księgowego tworzą następujące komórki organizacyjne:

1. Dział Finansowo-Księgowy oraz sekcjami:

1.1. Sekcja Księgowości Majątkowej,

1.2. Sekcja Kosztów i Controllingu,

1.3 Sekcja Płac

1) Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy:

- a) prowadzenie gospodarki finansowej Zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz nadzór nad jej prawidłową realizacją,
- b) prowadzenie analiz w zakresie gospodarki finansowej zakładu.
- c) prowadzenie kasy – przyjmowanie i wypłacanie gotówki, obsługa bezgotówkowa,
- d) prowadzenie ewidencji majątku Zakładu w formie ksiąg inwentarzowych oraz w systemach informatycznych,
- e) znakowanie mienia przyjętego do użytkowania,
- f) naliczanie amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych,
- g) prowadzenie ewidencji majątku obcego,
- h) przygotowywanie arkuszy inwentaryzacyjnych oraz rozliczanie inwentaryzacji,
- i) sprawowanie nadzoru nad pracą magazynów gospodarczych,
- j) prowadzenie ewidencji druków ścisłego zarachowania,
- k) księgowanie dokumentów związanych z kasacją, zbyciem, wydzierżawieniem lub nieodpłatnym przekazaniem mienia,
- l) prowadzenie ewidencji dokumentów związanych ze zmianą miejsca użytkowania oraz ich księgowanie,
- m) kontrola formalno – rachunkowa dokumentów przychodowych związanych z gospodarką magazynową,
- n) dekretowanie faktur,
- o) sporządzanie sprawozdań wynikających z potrzeb bieżącego zarządzania Zakładem,
- p) wykonywanie innych zadań wynikających z wewnętrznych zarządzeń Kierownika Zakładu,
- q) prowadzenie spraw związanych z pracowniczą kasą zapomogowo – pożyczkową,
- r) przygotowywanie danych ekonomicznych oraz sporządzanie okresowych analiz finansowych,
- s) przygotowywanie kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej, sporządzanie analiz finansowych oraz ekonomicznych,
- t) sporządzanie sprawozdań w zakresie przychodów i kosztów Zakładu,
- u) opracowywanie raportów i analiz dla Dyrekcji Zakładu, raportów i analiz ekonomicznych dla potrzeb wewnętrznych, sporządzanie miesięcznej, kwartalnej sprawozdawczości, kalkulacji wynikowej,
- v) projektowanie, opracowywanie i kosztorysowanie procedur, usług medycznych wykonywanych w Zakładzie, sporządzanie kalkulacji kosztów,
- w) badanie celowości, rzetelności i gospodarności działań Zakładu,
- x) prowadzenie spraw związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych,
- y) opracowywanie oraz weryfikacja cennika usług medycznych Zakładu.
- z) prowadzenie spraw związanych z obliczaniem wynagrodzeń i podatków wynikających ze stosunku pracy oraz umów cywilnoprawnych,
- za) obliczanie i dokonywanie potrąceń z wynagrodzenia,
- zb) sporządzanie listy płac,
- zc) prowadzenie spraw ubezpieczenia społecznego pracowników,
- zd) sporządzanie sprawozdań i zestawień dla potrzeb Zakładu i podmiotów zewnętrznych.

Rozdział IV.
Postępowanie w razie potrzeby ewakuacji jednostek i komórek organizacyjnych
Zakładu.

§ 49

I. Środki i sposób ogłoszenia alarmu o niebezpieczeństwie oraz warunki prowadzenia ewakuacji ludzi.

1. W przypadku pożaru lub innego miejscowego zagrożenia w obiekcie, gdy może wystąpić zagrożenie bezpieczeństwa ludzi przebywających w budynku lub pomieszczeniu / na kondygnacji/ najstarszy funkcją w obiekcie / na kondygnacji/ ogłasza alarm i konieczność opuszczenia budynku. Zarządzenie ewakuacji ludzi ogłasza się głosem /brak innych skutecznych środków/, a w razie potrzeby także gestami rąk, nakazując przebywającym tam osobom szybkie opuszczenie obiektu lub pomieszczenia. Powyższe będzie realizowane przez Kierownika Zakładu, ordynatora oddziału, kierownika przychodni i /zależnie od miejsca zdarzenia/ lub osoby zastępującej przy udziale pozostałych pracowników, a także osób sprawnych fizycznie /pacjentów szpitala, przychodni, itp./.
2. Pracownicy oraz inne osoby przebywające w budynku lub w pomieszczeniu opuszczają budynek kierując się do najbliższego wyjścia ewakuacyjnego /określonego tablicami ewakuacyjnymi / zabierając ze sobą podległe osoby, udzielając pomocy w szybkim opuszczeniu pomieszczenia przez osoby niepełnosprawne. Skrzydła drzwi ewakuacyjnych należy otworzyć na całą szerokość, aby nie było już zagrożenia ich bezpieczeństwa oraz aby nie utrudniało to prowadzenia dalszych działań.
3. Najstarszy funkcją w obiekcie lub osoba go zastępująca ma obowiązek dokonania sprawdzenia czy wszystkie osoby opuściły budynek, a w przypadku, gdy pewne okoliczności wskazują na to, że pozostali tam ludzie, ma obowiązek natychmiast podjąć akcję ratowniczą i podporządkować temu celowi wszelkie dostępne środki z zachowaniem warunków bezpieczeństwa.
4. Istotnym elementem przy prowadzeniu ewakuacji jest przeciwdziałanie panice, szczególnie przez osoby funkcyjne bądź osobowości o dużym autorytecie. Metody przeciwdziałania panice mogą być różne – przykład osobisty, zdecydowany nakaz, wskazanie nierealności niebezpieczeństwa, użycie siły fizycznej i unieszkodliwienie przywódców paniki.
5. Podczas wykonywania zadań ratowniczych wyszukując ludzi w zagrożonych pomieszczeniach należy kierować się następującymi zasadami:
 - 1) zdrowi dorośli ludzie zaskoczeni przez pożar najczęściej sami podejmują próby ratunku wzywając pomoc krzykiem dążą do wyjść, okien lub na dachy, gdy klatka schodowa objęta jest płomieniem lub jest zadymiona,
 - 2) jeżeli ludzie podejmujący próbę ratunku zostaną zaskoczeni przez żar, dym lub płomienie i utracą przytomność – znaleźć ich można przy drogach ewakuacyjnych/ w obrębie klatek schodowych lub okien.
6. Ewakuacja może być prowadzona w sposób zorganizowany /jeżeli będzie na to jeszcze czas i będzie to możliwe do wykonania / lub indywidualny / przy braku czasu i możliwości koordynacji na wszystkich kondygnacjach/.
7. Ratowanie życia ludzkiego to cel nadrzędny w akcji ratowniczej, lecz nie może on być prowadzony z narażeniem życia z braku zabezpieczeń.

II. Prowadzenie ewakuacji mienia.

§ 50

1. W pierwszej kolejności należy ewakuować pomieszczenia najbardziej zagrożone/ na linii rozprzestrzeniania się ognia/lub wystąpienia innego zagrożenia i tam, gdzie znajdują się materiały lub przedmioty najbardziej cenne i istotne w dalszej pracy.

2. Podczas ewakuacji mienia konieczne jest zachowanie wolnych dróg ewakuacyjnych tak, aby wchodzący po przedmioty nie przeszkadzali wychodzącym / wynoszącym/.
3. Ewakuowane przedmioty należy wynosić i ustawiać tak, aby nie tarasowały przejść dróg ewakuacyjnych i dojazdowych do obiektu.
4. Miejsce składowania przedmiotów musi być zabezpieczone zarówno pod względem pożarowym, jak i przed kradzieżą, rabunkiem, bądź zalaniem wodą.
5. Z ewakuacji przedmiotów bardzo ciężkich, bądź dużych gabarytowo należy zrezygnować, gdyż ich ewakuowanie pochłania dużo czasu i może dojść przy tym do różnego rodzaju wypadków.
6. Ewakuację wszelkiego mienia należy prowadzić w ramach możliwości, w granicach podyktowanych przede wszystkim bezpieczeństwem ludzi.
7. Każdy pracownik powinien mieć rozpoznanie, które przedmioty lub materiały zobowiązany jest ewakuować w przypadku pożaru /najbardziej cenne przedmioty/.
8. Ewakuację wszelkiego mienia prowadzić należy dopiero po zakończeniu ewakuacji ludzi.

DZIAŁ IV.

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.

§ 51

1. Zakład realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach zawartych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Zakład na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz gabinety lekarza rodzinnego o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.
4. Szpital przyjmuje pacjentów skierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od posiadania wolnych miejsc, z wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Przyjęcie następuje po ustaleniu przez kierującego lekarza terminu i miejsca z ordynatorem oddziału lub lekarzem pełniącym opiekę lekarską bądź dyżur medyczny w oddziale.
5. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innej jednostce opieki zdrowotnej pacjent jest kierowany na zasadach określonych przepisami prawa.
6. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo.
7. Zakład może udzielić zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez inny podmiot leczniczy w drodze postępowania konkursowego zakończonego zawarciem umowy, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
8. Szpital prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla Pracowników innych podmiotów leczniczych na podstawie akredytacji i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.
9. W sytuacjach nadzwyczajnych, w razie klęski żywiołowej, epidemii itp. jedynym kryterium określającym zasady współpracy z innymi podmiotami, jest obowiązek niesienia pomocy i ratowania życia poszkodowanych.

DZIAŁ V.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA.

Rozdział I.

Postanowienia ogólne.

Prawa pacjenta są zbiorem praw, zawartych między innymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w ustawie o działalności leczniczej. Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Rozdział II. Prawa Pacjenta.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących – w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
3. W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
4. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.
5. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
6. Pacjent ma prawo wyboru dowolnej placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ.

Prawo pacjenta do informacji.

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
6. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgnarskich.

7. W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
8. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w w/w ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach.
9. W przypadku pacjenta nie mogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 8, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.
10. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

§ 55

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych.

1. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.
2. W celu realizacji prawa, o którym mowa w ust. 1 osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
3. Przepisu ust.2 nie stosuje się, w przypadku gdy:
 - 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
4. Osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust.3 pkt 1-3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

§ 56

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w §54 – Prawo pacjenta do informacji.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
3. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
4. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
5. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w ust. 1 wyraża

się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się zapisy ust. 3 i ust. 4.

6. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego, zabieg operacyjny albo zastosowanie metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję w tym zakresie podejmuje lekarz. Aby nie była ona arbitralna wymagana jest konsultacja z innym lekarzem, dokonywany jest właściwy wpis w dokumentacji medycznej, podpisany przez obu lekarzy. (**ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty art. 33 i 34**)

§ 57

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
4. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

§ 58

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, a także osoba bliska w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub pacjent za życia.

§ 59

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.
4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.

5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.
6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.
7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.

§ 60

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.
3. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
4. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa ust.1 i ust.3, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej.

§ 61

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

§ 62

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Koszty realizacji tego prawa ponosi zakład opieki zdrowotnej.

§ 63

Skargi pacjentów.

1. Jeżeli pacjent lub osoba go reprezentująca uzna, że prawa pacjenta zostały naruszone, może:
 - 1) zwrócić się z interwencją do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta,
 - 2) złożyć skargę do Rzecznika Praw Pacjenta,
 - 3) zwrócić się do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który działa przy Okręgowej i Naczelnej Izbie Lekarskiej, a także przy Okręgowej i Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych - jeżeli naruszenie prawa dotyczyło czynności medycznej,
 - 4) skierować sprawę do sądu – jeżeli w wyniku działania lub zaniechania Zakładu naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono mu szkodę materialną,
 - 5) złożyć skargę do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rozdział III. Obowiązki pacjenta.

§ 64

1. Przy przyjęciu do szpitala pacjent ma obowiązek:

- 1) przedstawić dokument potwierdzający jego tożsamość, o którym mowa w §10
- 2) przedstawić skierowanie do szpitala, poza nagłymi przypadkami,
- 3) przedstawić wyniki wcześniej wykonanych badań diagnostycznych,
- 4) posiadać niezbędne rzeczy osobiste,
- 5) poddać się badaniu przez lekarza przyjmującego

§ 65

1. Pacjent hospitalizowany ma obowiązek:

- 1) stosować się do wskazań i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno - terapeutycznego i rehabilitacyjnego jak i w sprawach organizacyjno - administracyjnych,
- 2) poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków wymaga pisemnego zlecenia lekarza natomiast podawane jest przez personel oddziału,
- 3) udzielić w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej
- 4) informacji o swoim stanie zdrowia, przedstawić dokumentację z leczenia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawidłowej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta,
- 5) stosować się do zalecanej diety,
- 6) w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków przebywać w oddziale w przeznaczonej dla niego sali,
- 7) przestrzegać ciszy nocnej od godz. 22. 00 do godz. 6. 00,
- 8) w porze ciszy nocnej przebywać w oddziale,
- 9) do każdorazowego zgłaszania pielęgniarce zamiaru opuszczenia oddziału,
- 10) przestrzegać higieny osobistej i utrzymania czystości swego otoczenia.

§ 66

1. Pacjent przebywający w Szpitalu jest zobowiązany do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego Zakładu.
2. Pacjent odpowiada materialnie za powstałe z jego winy szkody w mieniu Szpitala.
3. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania zakazów: palenia tytoniu, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych, obrotu, posiadania i używania narkotyków na terenie Szpitala.
4. Pacjent nie ma prawa używać samodzielnie bez zezwolenia pielęgniarki oddziałowej lub pielęgniarki dyżurnej sprzętu i aparatury medycznej jak również dotykać bez zezwolenia innych urządzeń elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych.
5. Używanie przez pacjentów telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stanowiący uciążliwości dla innych pacjentów poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwości powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Kierownik Zakładu może określić strefy, pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
6. Pacjent może wychodzić poza teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem.
7. Pacjent ma prawo przebywania jedynie w swojej sali oraz w pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów. Wchodzenie do innych sal lub pomieszczeń jest dopuszczalne tylko za zgodą pielęgniarki oddziałowej lub dyżurnej.

Rozdział IV.

Zasady przebywania na terenie Zakładu osób trzecich.

§ 67

1. Osoby trzecie przebywające w Szpitalu w Wodzisławiu Śląskim obowiązują:
 - 1) przestrzeganie i stosowanie się do zasad porządkowych oddziałów i poleceń personelu medycznego.
 - 2) dzieci do lat 7 mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie z osobą dorosłą.
2. Personel medyczny, w przypadkach nie stosowania się osób trzecich do zasad określonych powyżej, ma prawo nie wyrazić zgody na przebywanie osoby odwiedzającej w oddziale, jeżeli jej obecność może być uciążliwa dla pacjentów przebywających w oddziale.
3. W uzasadnionych przypadkach, za zgodą ordynatora/lekarza kierującego oddziałem/lekarza prowadzącego, osoba trzecia będąca opiekunem pacjenta, może pozostać w oddziale i sprawować nad nim opiekę, przez całą dobę.

§ 68

Regulamin odwiedzin oraz zasady udzielania informacji o stanie zdrowia pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Wodzisławiu Śląskim stanowią Załącznik nr 9 do Regulaminu organizacyjnego.

§ 69

1. Przedstawiciele mediów wchodzący na teren Zakładu w celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania Zakładu zobowiązani są zgłosić ten zamiar Kierownikowi Zakładu lub osobie przez niego upoważnionej.
2. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności jednostek i komórek są; Kierownik Zakładu, jego Zastępcy lub inne osoby upoważnione w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie i na zasadach określonych przez Kierownika Zakładu.
3. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród pracowników Zakładu, przedstawiciel mediów publicznych zgłasza ten zamiar Kierownikowi Zakładu lub jego Zastępcom, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie kolidujący z działalnością jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu.

§ 70

Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Zakładu w celu przeprowadzania prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać pisemną zgodę od Kierownika Zakładu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Rozdział V.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 71

1. Pacjent ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej prowadzonej w Zakładzie, a ponadto sporządzania z niej notatek i zdjęć.
2. W ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych Zakład prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających z tych świadczeń zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 72

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta na zewnątrz Zakładu organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji Kierownika Zakładu, z zachowaniem poufności i ochrony danych osobowych.
2. Dokumentację medyczną udostępnia się na pisemny lub ustny wniosek pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta – osoby przez niego upoważnionej za życia lub osoby, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentację medyczną

- udostępnia się także na wniosek osoby bliskiej w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
3. Dokumentację medyczną udostępnia się w formie kopii, wyciągów, odpisów lub wydruków, chyba, że pacjent lub uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji.
 4. Udostępnienie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:
 - 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją,
 - 2) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 3) przekazanie papierowych wydruków – na żądanie pacjenta, uprawnionych podmiotów lub organów.
 5. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 3 i 4 wynosi:
 - 1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale 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) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.
 6. Opłaty, o której mowa w ust. 5 nie pobiera się:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie;
 - 2) w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
 - 3) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
 7. Wysokość opłaty, o których mowa w ust. 5 będzie podawana co kwartał przez Kierownika Zakładu w drodze Zarządzenia i nie wymaga zmian w Regulaminie Organizacyjnym.
 8. Miejscem złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej jest:
 - 1) Kancelaria Ogólna,
 - 2) Rejestracja ZPS
 - 3) Dział Nadzoru Statystyki Medycznej i Współpracy z NFZ – Biuro Statystyki Medycznej.

Rozdział VI.

Tryb rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków.

§ 73

Rozpatrywanie oraz załatwianie skarg i wniosków w Zakładzie odbywa się zgodnie z postanowieniami Kodeksu Postępowania Administracyjnego.

§ 74

1. Skargi i wnioski mogą być składane w formie ustnej lub pisemnej.

2. W sprawie skarg i wniosków przyjmuje Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.
3. W formie pisemnej, skargi i wnioski przyjmowane są w Kancelarii Zakładu we wszystkie dni robocze w godzinach pracy Kancelarii oraz za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej pod adresem: kancelaria@zoz.wodzislaw.pl.

§ 75

1. Przedmiotem skargi lub wniosku może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Zakładu.
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 1 miesiąca 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.

§ 76

1. Dla należytego sposobu rozpatrywania skarg i wniosków Kierownik Zakładu może powoływać doraźne komisje.
2. Zadaniem komisji jest rozpatrywanie skarg na zaniedbania, zaniechania działania lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Zakładu 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.

§ 77

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

§ 78

1. Dla należytego sposobu rozpatrywania wniosków pacjentów o odszkodowanie za spowodowanie szkody na zdrowiu Kierownik Zakładu powołuje Komisję.
2. Celem działania Komisji jest wyjaśnienie wszystkich okoliczności sprawy i zajęcie stanowiska, co do zasadności roszczenia.

DZIAŁ VI. OBOWIĄZKI ZAKŁADU W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA.

Rozdział I. Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta.

§ 79

1. W razie śmierci pacjenta w szpitalu, szpital ma obowiązek należycie przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom uprawnionym do pochowania, uwzględniając konieczność zachowania godności należnej zmarłemu.
2. W razie śmierci chorego w oddziale pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego, który dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę, wypełnia dokumentację medyczną na okoliczność zgonu.

§ 80

Po stwierdzeniu zgonu przez właściwego lekarza zwłoki są przekazywane do chłodni podmiotu zewnętrznego, z którym Zakład zawarł umowę na usługę transportu i przechowywania zwłok nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu.

§ 81

O śmierci chorego należy powiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§ 82

Pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka odcinkowa sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu, a rzeczy do magazynu rzeczy należących do chorych.

§ 83

1. Przedmioty pozostałe po zmarłym, za wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem osobom uprawnionym do pochowania.
2. Jeżeli w ciągu 6 miesięcy od daty zgonu osoby, o których mowa w ust.1 nie zgłosiły się po odbiór rzeczy Szpital przekazuje je do utylizacji, z wyjątkiem przedmiotów wartościowych, biżuterii, dokumentów, papierów wartościowych oraz środków pieniężnych, które po upływie wskazanego okresu przekazuje się do depozytu sądowego.
3. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora nie mogą być wydawane przed wykonaniem sekcji bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu z sekcji.

§ 84

1. W razie śmierci chorego w Izbie Przyjęć lub w Zespole Poradni Specjalistycznych, czynności wymienione w § 81, 83 i 85 wykonuje pielęgniarka Izby Przyjęć lub pielęgniarka Zespołu Poradni Specjalistycznych.
2. W takim wypadku zgon powinien być potwierdzony przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć.

§ 85

1. W razie zgonu chorego, którego tożsamość nie została ustalona bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, zatrucia, nieszczęśliwego wypadku, uszkodzeń urazowych, uduszenia mechanicznego tj. działania wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia lekarz stwierdzający zgon bezzwłocznie powiadamia prokuraturę i Policję.
2. Organy te należy zawiadomić również w przypadku, gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił na skutek przestępstwa.

§ 86

1. Kartę Zgonu wystawia ordynator/ lekarz kierujący oddziałem lub upoważniony przez niego lekarz.
2. Jeżeli zgon nastąpił przed ustaleniem sposobu leczenia przez lekarza oddziałowego, Kartę Zgonu wystawia lekarz dyżurny, który przyjął chorego do Szpitala.

§ 87

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala, przy czym sekcja może być dokonana nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od chwili stwierdzenia zgonu.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia.
3. zaniechaniu sekcji zwłok z tej przyczyny sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa wyżej.
4. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, szpitalny koordynator pobierania narządów, Kierownik Zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, może zadecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

§ 88

1. Zwłoki osób zmarłych w Szpitalach mogą być przechowywane w chłodni podmiotu przechowującego zwłoki na zlecenie Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim nie dłużej niż 72 godziny.
2. Zwłoki mogą być przechowywane w chłodni podmiotu przechowującego zwłoki na zlecenie Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim przez czas dłuższy niż 72 godziny, jeżeli:
 - a) osoby, które mają prawo pochowania zmarłego z uzasadnionych przyczyn nie mogą przybyć na czas, aby zająć się pochowaniem zwłok,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie lub śledztwo, a prokurator nie zezwolił na wcześniejsze pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne nie wymienione w pkt. 1 i 2 ważne przyczyny - za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej.
3. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok w chłodni podmiotu przechowującego zwłoki na zlecenie Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim przez okres dłuższy niż 72 godziny uregulowana jest w cenniku, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 89

Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne powinny być przechowywane i wydawane do pochowania w sposób określony odrębnymi przepisami.

Rozdział II.

Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów od osób zmarłych.

§ 90

1. Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów regulują w szczególności przepisy ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
2. Pacjent ma prawo do:
 - 1) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów,
 - 2) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepiania określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych,
 - 3) ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą.

§ 91

1. Pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepiania jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgowej).
2. W przypadku konieczności stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) powołuje się każdorazowo komisję orzekającą o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu zgodnie z przepisami o pobieraniu, przechowywaniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
3. Komisja, o której mowa w ust. 2, składa się trzech lekarzy posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
4. Komisję, o której mowa w ust. 2, powołuje i wyznacza szpitalny koordynator pobierania narządów współpracujący z Poltransplantem na podstawie zawartej umowy lub Lekarz Kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a w przypadku jego nieobecności jego zastępca lub lekarz udzielający świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
5. Przewodniczący komisji powiadamia telefonicznie, faksem lub w inny sposób Centrum Organizacyjno - Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” o możliwości pobrania narządu lub tkanki do przeszczepu.
6. Powiadomienie powinno zawierać dane medyczne dotyczące dawcy, co pozwoli na ocenę przydatności narządów lub tkanek do pobrania i ocenę zgodności immunologicznej.

§ 92

Za pobranie komórki, tkanki i narządów nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innych korzyści majątkowych. Jednak zwrot rzeczywiście poniesionych kosztów związanych z pobraniem komórek, tkanek, narządów ze zwłok ludzkich nie jest zapłatą i nie stanowi korzyści.

DZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

§ 93

1. W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej i pozostałe obowiązujące przepisy prawa.
2. Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Załączniki:

Załącznik Nr 1 - Wykaz zakładów leczniczych z jednostkami i komórkami organizacyjnymi stacjonarnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej

Załącznik Nr 2 - Cennik opłat na świadczenia zdrowotne z całkowitą lub częściową odpłatnością

Załącznik Nr 3 - Schemat Organizacyjny Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim

Załącznik Nr 4 - Schemat pionu Dyrektora Naczelnego Zakładu

Załącznik Nr 5 - Schemat pionu Dyrektora Medycznego

Załącznik Nr 6 - Schemat pionu Dyrektora Administracyjno - Technicznego,

Załącznik Nr 7 - Schemat pionu Pielęgniarki Naczelnej

Załącznik Nr 8 - Schemat pionu Głównego Księgowego

Załącznik Nr 9 - Regulamin odwiedzin

Załącznik Nr 10 - Regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego