

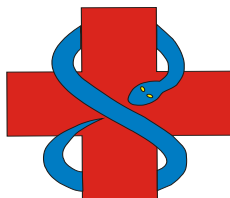
Uwzględnia zmiany wprowadzone:

Lp	Uchwała	Kogo	Data
1	Uchwałą Nr 18/ I/2015	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 11.12.2015 r.
2	Uchwałą Nr 06/ I/2016	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 05.02.2016 r.
3	Uchwałą Nr 10/ I/2016	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 26.04.2016 r.
4	Uchwałą Nr 14/ I/2016	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 31.05.2016 r.
5	Uchwałą Nr 21/ I/2016	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 31.08.2016 r.
6	Uchwałą Nr 26/ I/2016	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 30.11.2016 r.
7	Uchwałą Nr 06/ I/2017	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 28.02.2017 r.
8	Uchwałą Nr 17/ I/2017	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 25.04.2017 r.
9	Uchwałą Nr 19/ I/2017	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 30.05.2017 r.
10	Uchwałą Nr 22/ I/2017	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 11.07.2017 r.
11	Uchwałą Nr 03/ I/2018	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 17.01.2018 r.
12	Uchwałą Nr 06/ I/2018	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 28.02.2018 r.
13	Uchwałą Nr 19/ I/2018	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 06.07.2018 r.
14	Uchwałą Nr 05/ I/2019	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 31.01.2019 r.
15	Uchwałą Nr 15/II/2019	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 30.08.2019 r.
16	Uchwałą Nr 21/II/2019	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 29.11.2019 r.
17	Uchwałą Nr 21/II/2021	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 30.08.2021 r.
18	Uchwałą Nr 30/II/2021	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 03.12.2021 r.
19	Uchwałą Nr 05/II/2022	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 28.01.2022 r.
20	Uchwałą Nr 11/II/2022	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 25.02.2022 r.
21	Uchwałą Nr 38/II/2022	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 26.09.2022 r.
22	Uchwałą Nr 40/II/2022	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 29.11.2022 r.
23	Uchwałą Nr 03/II/2023	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 31.01.2023 r.
24	Uchwałą Nr 48/II/2023	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 04.09.2023 r.
25	Uchwałą Nr 9/II/2024	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 22.01.2024 r.
26	Uchwałą Nr 15/II/2024	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 25.03.2024 r.
27	Uchwałą Nr 32/II/2024	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 30.09.2024 r.
28	Uchwałą Nr 15/II/2025	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 22.05.2025 r.
29	Uchwałą Nr 24/II/2025	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 01.10.2025 r.
30	Uchwałą Nr 27/II/2025	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 25.11.2025 r.
31	Uchwałą Nr 29/II/2025	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 19.12.2025 r.
32	Uchwałą Nr 2/II/2026	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 27.01.2026 r.
33	Uchwałą Nr 11/II/2026	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 12.03.2026 r.
34	Uchwałą Nr 24/II/2026	Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	z dnia 27.04.2026 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Szpitala Specjalistycznego w Zabrze
Spółka z o.o.

/ TEKST JEDNOLITY /



ZABRZE

2026

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I	Postanowienia ogólne	3
ROZDZIAŁ II	Cele i zadania Spółki	4
ROZDZIAŁ III	Rodzaje działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	5
ROZDZIAŁ IV	Organy i struktura organizacyjna Spółki	7
ROZDZIAŁ V	Rodzaje stanowisk kierowniczych, zadania i sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Spółki	10
ROZDZIAŁ VI	Organizacja, zadania i warunki współdziałania komórek organizacyjnych Spółki	55
ROZDZIAŁ VII	Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą	85
ROZDZIAŁ VIII	Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	86
ROZDZIAŁ IX	Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej	91
ROZDZIAŁ X	Organizacja i zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat	93
ROZDZIAŁ XI	Opłaty za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych oraz inne usługi	94
ROZDZIAŁ XII	Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta. Opłaty za przechowywanych zwłok osób zmarłych	94
ROZDZIAŁ XIII	Postanowienia końcowe	96
ZAŁĄCZNIKI	98

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Przedmiotem niniejszego Regulaminu jest określenie ogólnych zasad organizacji i podstawowych rozwiązań w zakresie struktury organizacyjnej i działania Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Spółka działa pod nazwą Szpital Specjalistyczny w Zabrze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Dopuszczalne jest używanie w obrocie skrótu „Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o. o.”
3. W ramach struktury Spółki działa Podmiot Leczniczy prowadzący działalność leczniczą. W Podmiocie Leczniczym wyodrębnione zostały zakłady lecznicze:
 - a) Szpital, o numerze identyfikacyjnym REGON: 272735162-00032,
 - b) Ambulatoryjna opieka zdrowotna, o numerze identyfikacyjnym REGON: 272735162-00040.
4. Siedzibą Spółki jest Zabrze.
5. Obszarem działania Spółki jest Województwo Śląskie oraz inny obszar na podstawie zawartych umów.
6. Spółka jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, działający na podstawie:
 - a) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 799) oraz przepisów wykonawczych wydanych na jej podstawie,
 - b) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zmianami) oraz przepisów wykonawczych wydanych na jej podstawie,
 - c) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 581), w tym w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. 2024 r. poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”,
 - d) Ustawy z dnia 15 września 2000 r Kodeks spółek handlowych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 18 z późn. zmianami),
 - e) Ustawy z dnia 10 maja 2019 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zmianami),
 - f) Aktu Założycielskiego Spółki,
 - g) innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
7. Postanowienia niniejszego Regulaminu dotyczą wszystkich osób zatrudnionych w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze sp. z o.o., bez względu na formę zatrudnienia, jak również współpracy w oparciu o umowy cywilnoprawne, umowy z firmami zewnętrznymi realizującymi usługi na rzecz Spółki oraz osób przebywających na terenie podmiotu leczniczego, w tym pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital Specjalistyczny.
8. W podmiocie leczniczym – Szpital Specjalistyczny w Zabrze sp. z o.o. dla zachowania spójnego wizerunku firmy używa się wzoru papieru firmowego stanowiącego załącznik do Instrukcji Kancelaryjnej.

9. Regulamin niniejszy stanowi podstawę do opracowania wszelkich dokumentów precyzujących funkcjonowanie jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego w Zabrze sp. z o.o.

§ 2

1. Użyte w regulaminie organizacyjnym Spółki określenia oznaczają:

- **Spółka** – Szpital Specjalistyczny w Zabrze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- **Zarząd Spółki** – Zarząd Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Spółka z ograniczoną Odpowiedzialnością;
- **Zakład Lecznicy** lub **Zakłady Lecznice** - należy przez to rozumieć zespół składników majątkowych, za pomocą, którego Spółka wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, to jest Szpital i/lub Ambulatoryjna opieka zdrowotna.
- **Medyczna Komórka Organizacyjna** - należy przez to rozumieć wyodrębnioną w Regulaminie Organizacyjnym część Podmiotu Leczniczego, w tym również część jego Zakładu Leczniczego.

ROZDZIAŁ II

CELE I ZADANIA SPÓŁKI

§ 3

1. Podstawowym celem działalności Spółki jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności wysokospecjalistycznych usług leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, świadczeń diagnostycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych na Oddziałach szpitalnych, w Poradniach Specjalistycznych i Pracowniach w zakresie kardiologii, otorynolaryngologii i onkologii laryngologicznej, chirurgii ogólnej, bariatrycznej i medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, dermatologii i alergologii w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych.
2. Cele Spółki realizowane są poprzez zadania związane z:
 - a) udzielaniem świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
 - b) promocją zdrowia umożliwiającą społeczeństwu zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowaniem zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;
 - c) realizacją zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
3. Spółka jest miejscem podnoszenia kwalifikacji zawodowych i zdobywania praktycznych umiejętności lekarzy, pielęgniarek i studentów. Na podstawie zawartych umów z Ministerstwem Zdrowia, Szpitalami, Izłą Pielęgniarek i Położnych, Izłą Lekarską, uczelniami medycznymi i innymi przyjmuje:
 - a) lekarzy na staże specjalizacyjne w ramach szkolenia specjalizacyjnego;

- b) lekarzy na szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury lub miejsc pozarezydenckich;
 - c) pielęgniarki na kursy;
 - d) studentów na staże i praktyki zawodowe.
4. Spółka może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą, która nie może być uciążliwa dla pacjentów i zakłócać przebiegu procesu leczenia.

ROZDZIAŁ III

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 4

1. Spółka prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
- a) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne;
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

§ 5

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne udzielane są w zakresie:
- a) **KARDIOLOGII** - działalność lecznicza Klinicznego Oddziału Kardiologii obejmuje realizację zadań związanych z prowadzeniem nowoczesnej diagnostyki, terapii kardiologicznej, promocji zdrowia oraz zadań dydaktyczno-badawczych. Oddział udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, w tym między innymi: diagnostyki (inwazyjnej i nieinwazyjnej) leczenia ostrych zespołów wieńcowych w systemie 24-godzinnych dyżurów przez 7 dni w tygodniu, innych postaci choroby wieńcowej, niewydolności serca, chorób mięśnia sercowego, wad serca, nadciśnienia płucnego oraz elektroterapii – wszczepianie rozruszników serca klasycznych oraz resynchronizujących (CRT) i kardiowerterów defibrylatorów (ICD);
 - b) **OTORYNOLARYNGOLOGII I ONKOLOGII LARYNGOLOGICZNEJ** - w ramach Klinicznego Oddziału Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej leczeni są pacjenci ze schorzeniami onkologicznymi głowy i szyi. Wykonywane są operacje laserowe krtani, operacje krtani, gardła dolnego i jamy ustnej z dojścia zewnętrznego wraz z różnego rodzaju rekonstrukcjami, operacje gruczołów ślinowych, masywu szczękowo-sitowego. W przewlekłym zapaleniu zatok i polipach nosa - endoskopowe operacje zatok przynosowych. Oddział wykonuje zabiegi mikrochirurgii ucha środkowego: tympanoplastyki, stapedotomie, operacje radykalne oraz dekompresję nerwu twarzowego. Prowadzi diagnostykę endoskopową i leczenie zwężeń krtani, okolicy podgłośnia i górnego odcinka tchawicy. Wykonuje zabiegi techniką laserową oraz z dojścia zewnętrznego z rekonstrukcją chrząstką, kością oraz materiałem syntetycznym; stenty silastikowe, jak również leczy operacyjnie obustronne porażenie fałdów głosowych techniką arytenoidektomii laserowej oraz laterofiksacji. Oddział udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgicznego leczenia chrapania i zespołu bezdechów sennych. W ramach funkcjonującego pododdziału dziecięcego realizowane są procedury laryngologii dziecięcej. Oddział realizuje zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia;

- c) **CHIRURGII OGÓLNEJ, BARIATRYCZNEJ I MEDYCYNY RATUNKOWEJ** - Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej wykonuje wszystkie operacje z zakresu chirurgii ogólnej, w tym wysokospecjalistyczne w zakresie: chirurgii przewodu pokarmowego, chirurgii tarczycy. Leczy chorych ze schorzeniami naczyń, wykonuje również przetoki tętniczo-żylne dla celów hemodializy u chorych ze skrajną niewydolnością nerek. W zakresie chirurgii przewodu pokarmowego wykonywane są różnymi technikami operacje: żołądka, trzustki, wątroby, dróg żółciowych, jelita grubego. Metoda małoinwazyjna stosowana jest w zabiegach: kamicy pęcherzyka żółciowego, refluksie żołądkowo- przełykowym, przepuklinach jamy brzusznej, żyłkach powrózka nasiennego. Oddział wykonuje najtrudniejsze zabiegi rewizyjne u chorych wcześniej operowanych w innych ośrodkach. Oddział Kliniczny specjalizuje się w wykonywaniu wszystkich typów zabiegów u chorych ze skrajną otyłością, zarówno metodą laparoskopową jak i klasyczną. Oddział realizuje zadania dydaktyczne i badawcze, wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia;
- d) **CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, DERMATOLOGII I ALERGOLOGII** - Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii prowadzi działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych obejmujących wszystkie choroby skóry, choroby alergiczne. W oparciu o własne pracownie prowadzi szeroką diagnostykę: chorób atopowych, alergii kontaktowej, alergii na leki, jady owadów, grzybic. Realizuje programy badawcze dotyczące najnowszych form terapii: łuszczycy, astmy oskrzelowej, grzybic skóry, badań dotyczących patogenezы chorób alergicznych i zapalnych skóry, pokrzywek, alergii górnych i dolnych dróg oddechowych;
- e) **IZBY PRZYJĘĆ** – która wykonuje czynności związane z przyjęciem chorych skierowanych do leczenia szpitalnego oraz udziela niezbędnej pomocy doraźnej.

2. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie:

- a) **KARDIOLOGII** – gdzie w Poradni Kardiologicznej oraz w Poradni Zaburzeń Rytmu Serca działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie i leczenie schorzeń z zakresu kardiologii, kontrolę i leczenie po zabiegach kardiochirurgicznych, po hospitalizacji kardiologicznej, po wszczepieniu układów stymulujących serce (w tym CRT i ICD), w ramach programu NFZ leczenia nadciśnienia płucnego;
- b) **OTOLARYNGOLOGII** – gdzie w Poradni Otolaryngologicznej działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie i leczenie schorzeń z zakresu laryngologii, nowotwory złośliwe i niezłośliwe, stany po laryngologicznych zabiegach operacyjnych;
- c) **FONIATRII** – gdzie w Poradni Foniatrycznej działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie, leczenie i rehabilitację chorych z zaburzeniami głosu i mowy, chorych z zaburzeniami czynnościowymi głosu, z porażeniem jedno lub obustronnym fałdów głosowych, zaburzeniami głosu w zmianach organicznych krtani, chorych po zabiegach mikrolaryngoskopowych oraz po operacjach onkologicznych;
- d) **DERMATOLOGII** – gdzie w Poradni Dermatologicznej działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie i leczenie schorzeń z zakresu dermatologii i alergologii w tym zaburzenia rozwojowe skóry, schorzenia związane z promieniowaniem, nowotwory skóry, zakażenia;
- e) **ALERGOLOGII** – gdzie w Poradni Alergologicznej działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie i leczenie schorzeń z zakresu alergologii, alergię kontaktową, alergię na leki i jady owadów;

- f) **CHIRURGII OGÓLNEJ** – gdzie w Poradni Chirurgii Ogólnej działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie i leczenie chorych w zakresie chirurgii ogólnej i schorzeń nowotworowych, w tym w szczególności leczenie chorych w przebiegu pooperacyjnym;
- g) **CHIRURGII CHORÓB NACZYŃ** – gdzie w Poradni Chorób Naczyń diagnozuje i leczy choroby naczyń tętniczych, żylnych i limfatycznych;
- h) **CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI** – gdzie w Poradni Chirurgicznego Leczenia Otyłości diagnozuje i leczy chorych ze skrajną otyłością oraz prowadzi specjalistyczne przygotowanie chorych do leczenia operacyjnego;
- i) **CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ** – gdzie w Poradni Chirurgii Onkologicznej kwalifikuje do leczenia zabiegowego oraz prowadzi obserwację pooperacyjną chorych leczonych onkologicznie;
- j) **PROKTOLOGII** – gdzie w Poradni Proktologicznej działalność lecznicza obejmuje diagnozowanie i leczenie chorych ze schorzeniami nowotworowymi i nienowotworowymi w zakresie jelita grubego;

§ 6

1. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest: Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o. o. ul. M.C. Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze.

ROZDZIAŁ IV

ORGANY I STRUKTURA ORGANIZACYJNA SPÓŁKI

§ 7

1. Organami Spółki są:
 - a) Zgromadzenie Wspólników;
 - b) Rada Nadzorcza;
 - c) Zarząd Spółki.

§ 8

1. Strukturę organizacyjną Spółki - Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o. tworzą:

ZARZĄD:

Samodzielne stanowiska i komórki podległe bezpośrednio Zarządowi:

1. Dział Finansowo-Księgowy – Główny Księgowy;
2. Dział Zamówień Publicznych;
3. Asystent Zarządu;
4. Sekretarka Zarządu;
5. Szpitalny Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta;
6. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością i Akredytacji;
7. Pełnomocnik ds. Rozwoju;
8. Pełnomocnik ds. Informatyzacji i Cyberbezpieczeństwa;
9. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
10. Inspektor Ochrony Danych;

11. Specjalista ds. Obronnych i Obrony Cywilnej;
12. Inspektor BHP;
13. Inspektor Ochrony PPOŻ;
14. Inspektor Ochrony Radiologicznej;
15. Psycholog;
16. Kapelan Szpitala;
17. Obsługa Prawna.

PION MEDYCZNY - PODLEGLY DYREKTOROWI DS. MEDYCZNYCH:

Samodzielne stanowiska i komórki podległe bezpośrednio Dyrektorowi ds. Medycznych:

1. Naczelna Pielęgniarka;
2. Pielęgniarka Epidemiologiczna;
3. Lekarz Mikrobiolog;
4. Dietetyk;
5. Dział Anestezjologii;
6. Apteka Szpitalna;
7. Izba Przyjęć;
8. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
9. Poradnia Anestezjologiczna;
10. Poradnia dla Chorych na Cukrzycę;
11. Sterylizatornia;
12. Pracownia Tomografii Komputerowej;
13. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej;
14. Pracownia USG.
15. Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej;
16. Kliniczny Oddział Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej;
17. Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii;
18. Kliniczny Oddział Kardiologii.

PION ADMINISTRACYJNY - PODLEGLY DYREKTOROWI ds. ADMINISTRACYJNO - PERSONALNYCH:

Samodzielne stanowiska i komórki podległe bezpośrednio Dyrektorowi ds. Administracyjno - Personalnych:

1. Dział Analiz i Rozliczeń:
 - a. Sekcja Statystyk Medycznych;
 - b. Centralna Rejestracja;
 - c. Dermatologiczna Rejestracja.
2. Dział Techniczno – Eksploatacyjnego:
 - a. Sekcja Aparatury i Urządzeń Medycznych;
 - b. Sekcja Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia;
 - c. Warsztat Utrzymania Ruchu
3. Sekcja Kadr;
4. Sekcja Płac;
5. Dział Informatyki;
6. Biuro Podawcze:
 - a. Składnica Akt.

§ 9

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne realizowane w Zakładzie Leczniczym Szpital:

1.1. Oddziały Szpitalne

- a) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – 30 łóżek;
- b) Kliniczny Oddział Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej – 30 łóżek;
- c) Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii – 27 łóżek;
- Pododdział Alergologii i Chorób Wewnętrznych (w tym 2 łóżka);
- d) Kliniczny Oddział Kardiologii – 33 łóżka;
- e) Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego – 8 łóżek.

1.2. Blok Operacyjny:

- a) Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej - 2 sale operacyjne;
- b) Klinicznego Oddziału Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej - 2 sale operacyjne.

1.3. Pracownie Diagnostyczne:

- a) Pracownia Hemodynamiki i Elektrofizjologii;
- b) Pracownia Badań Czynnościowych;
- c) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Stymulatorów Serca;
- d) Pracownia EKG i UKG;
- e) Pracownia Endoskopii Laryngologicznej;
- f) Pracownia Audiometryczna;
- g) Pracownia Alergologiczno-Immunologiczna;
- h) Pracownia Endoskopii;
- i) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej;
- j) Pracownia USG;
- k) Pracownia Tomografii Komputerowej.

1.4. Inne:

- a) Dział Anestezjologii;
- b) Izba Przyjęć;
- c) Apteka Szpitalna;
- d) Sterylizatornia.

2. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – realizowane w Zakładzie Leczniczym Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna (AOZ):

2.1. Poradnie:

- a) Poradnia Kardiologiczna;
- b) Poradnia Zaburzeń Rytmu Serca;
- c) Poradnia Otorynolaryngologiczna;
- d) Poradnia Foniatryczna;
- e) Poradnia Alergologiczna I;
- f) Poradnia Alergologiczna II;
- g) Poradnia dla Chorych na Cukrzycę;
- h) Poradnia Dermatologiczna;
- i) Poradnia Chirurgii Ogólnej;
- j) Poradnia Chorób Naczyń;

- k) Poradnia Chirurgicznego Leczenia Otyłości;
- l) Poradnia Chirurgii Onkologicznej;
- m) Poradnia Proktologiczna;
- n) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
- o) Poradnia Anestezjologiczna.

Schemat Organizacyjny Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o. o. stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.

ROZDZIAŁ V

RODZAJE STANOWISK KIEROWNICZYCH, ZADANIA SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SPÓŁKI

§ 10

1. Zgromadzenie Wspólników jest najwyższą władzą Spółki. Kompetencje, zasady i tryb pracy Zgromadzenia Wspólników określają przepisy Kodeksu Spółek Handlowych oraz Akt Założycielski Spółki.
2. Rada Nadzorcza sprawuje stały nadzór nad działalnością Spółki we wszystkich dziedzinach jej działalności. Kompetencje, zasady i tryb pracy Rady Nadzorczej określają przepisy Kodeksu Spółek Handlowych, Akt Założycielski Spółki oraz Regulamin Rady Nadzorczej.
3. Zarząd Spółki kieruje Spółką i reprezentuje ją na zewnątrz zgodnie z Aktem Założycielskim Spółki i powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
4. Zarząd Spółki wykonuje wszelkie uprawnienia w zakresie zarządzania Spółką z wyjątkiem uprawnień zastrzeżonych pozostałym organom Spółki.
5. Zarząd Spółki składa się z jednej do trzech osób.
6. Zarząd Spółki jest odpowiedzialny za należyte i terminowe prowadzenie rachunkowości Spółki oraz za zarządzanie majątkiem i sprawami Spółki ze starannością wymaganą w obrocie gospodarczym.
7. Zarządzanie Spółką cechuje decentralizacja i delegowanie uprawnień. Głównymi uprawnieniami w zarządzaniu są uprawnienia finansowe, decyzyjne, nadzorcze, kontrolne.
8. Zarząd Spółki zarządza Spółką poprzez Dyrektorów, Ordynatorów, Kierowników Działów, Kierowników komórek organizacyjnych i innych pracowników bezpośrednio mu podległych.
9. Podczas nieobecności Prezesa Zarządu zastępuje go upoważniony przez niego Pełnomocnik.

§ 11

1. Do zadań Zarządu Spółki należy:
 - a) podejmowanie decyzji strategicznych dotyczących kierunków rozwoju, polityk zasobami: ludzkimi, finansowymi, rzeczowymi, informacyjnymi oraz decyzji operacyjnych dla potrzeb bieżącej koordynacji działalności we współpracy z Dyrektorami, Ordynatorami bezpośrednio podległymi Kierownikami i innymi pracownikami;
 - b) nadzorowanie wykonania Celów Zarządczych Spółki;
 - c) dokonywanie zmian Regulaminu Organizacyjnego Spółki;

- d) zaciąganie kredytów i pożyczek;
 - e) kierowanie opracowaniem Rocznych Planów Rzeczowo-Finansowych oraz wieloletnich Planów Strategicznych;
 - f) zawieranie oraz nadzór nad realizacją zawartych przez Spółkę umów;
 - g) współpracowanie z organizacjami pracowniczymi i zawodowymi;
 - h) rozpatrywanie roszczeń odszkodowawczych pacjentów leczonych w Szpitalu;
 - i) decydowanie o konieczności zakupów i darowizn również pod kątem efektywnego wykorzystania aparatury sprzętu medycznego, leków, preparatów leczniczych i innych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Pracodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r- Kodeks Pracy jest Spółka.
3. Czynności z zakresu prawa pracy dokonuje Prezes Zarządu lub osoba przez niego upoważniona w stosunku do pracowników Szpitala Specjalistycznego w Zabrze sp. z o.o.

§ 12

1. W Spółce tworzy się następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
- a) Dyrektorzy;
 - b) Kierownicy;
 - c) Pełnomocnicy;
 - d) Inspektorzy;
 - e) Ordynatorzy.
2. Do podstawowych zadań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych należy:
- a) zapewnienie planowej i zorganizowanej pracy podległego odcinka pracy, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i przydzielonymi do dyspozycji środkami;
 - b) przygotowywanie projektów dokumentów wewnętrznych (zarządzeń, regulaminów instrukcji itp.) regulujących zakres powierzonych zadań;
 - c) proponowanie wewnętrznej struktury organizacyjnej kierowanej komórki;
 - d) udzielanie podwładnym instruktażu i wskazówek w miarę potrzeb;
 - e) nadzór nad warunkami pracy podwładnych;
 - f) organizowanie ewidencji rozliczenia wykonania zadań przydzielonych komórce;
 - g) przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków, skarg i odwołań podległych pracowników;
 - h) nadzorowanie przestrzegania prawa i wewnętrznych aktów normatywnych przez podległych pracowników;
 - i) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w przydzielone im zadania oraz udzielanie wyjaśnień dotyczących obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
 - j) nadzór nad przestrzeganiem przepisów sanitarnych, BHP, PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.
3. Osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych upoważnione są do:
- a) wydawania podległym pracownikom poleceń służbowych;
 - b) domagania się od bezpośredniego przełożonego udostępnienia informacji niezbędnych dla realizacji przydzielonych zadań;
 - c) opracowania wniosków i wystąpień wobec bezpośrednich zwierzchników;
 - d) doboru lub akceptacji kandydatów na stanowisku pracy bezpośrednio podwładnych;
 - e) ustalania zakresów pracy podległym pracownikom;
 - f) wnioskowania w sprawach oceny, nagradzania, karania podległych pracowników;
 - g) ustalania sposobu i formy obiegu informacji wewnątrz podległej komórki;
4. Osoba na stanowisku kierowniczym ponosi odpowiedzialność za:
- a) prawidłowe rozliczenie zadań, zleceń i poleceń wykonywanych w komórce;
 - b) dokumentację tworzoną w podległej komórce organizacyjnej;

- c) przestrzeganie dyscypliny formalnej, merytorycznej, finansowej, ekonomicznej i organizacyjnej na podległym mu służbowo obszarze;
 - d) terminowość i rzetelność obowiązujących dokumentów sprawozdawczych, analitycznych oraz udzielanych informacji;
 - e) powierzone mienie Spółki;
 - f) przestrzegania tajemnicy państwowej i służbowej;
 - g) realizację przyjętych zaleceń pokontrolnych;
 - h) zachowanie ciągłości kierowania podległą komórką;
 - i) tolerowanie sytuacji umożliwiających działanie podwładnych na niekorzyść Spółki lub pacjentów, nieprzestrzeganie norm prawa, procedur i regulaminów wewnętrznych;
 - j) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.
5. Ogólne zapisy dotyczące kierowania w Spółce:
- a) Oddziałami, Poradniami, Pracownikami, Blokiem, Działami, Sekcjami, wchodzącymi w skład podmiotu jakim jest Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o. kierują Ordynatorzy, Kierownicy kierujący Komórkami Organizacyjnymi;
 - b) Poradnie i Pracownie pod względem merytorycznym podlegają Dyrektorowi ds. Medycznych/Ordynatorom/ Kierownikom Komórek Organizacyjnych danej specjalności, zgodnie ze schematem organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu;
 - c) Pracą pielęgniarek, opiekunów medycznych, ratowników medycznych, sekretarek oddziałów, techników elektroradiologów, EKG, fizjoterapeutów, sanitariuszy kierują Ordynatorzy, Kierownicy kierujący Komórkami Organizacyjnymi również za pośrednictwem Pielęgniarek Oddziałowych / Koordynujących;
 - d) Pracą rejestratorek medycznych i statystyków medycznych kieruje Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń.

DYREKTOR ds. MEDYCZNYCH

§ 13

1. Dyrektor ds. Medycznych podlega Zarządowi Spółki.
2. Odpowiada przed Zarządem za Komórki Medyczne Szpitala.
3. Do zadań Dyrektora ds. Medycznych należy kierowanie działalnością medyczną Spółki.
4. Dyrektor ds. Medycznych pełni nadzór i koordynuje pracę podległych Komórek i ich pracowników, tj.:
 - a) Ordynatorów Oddziałów Klinicznych;
 - b) Kierownika Działu Anestezjologii;
 - c) Kierownika Apteki Szpitalnej;
 - d) Kierownika Izby Przyjęć;
 - e) Kierownika Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
 - f) Kierownika Poradni Anestezjologicznej;
 - g) Kierownika Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej;
 - h) Kierownika Pracowni USG;
 - i) Kierownika Pracowni Tomografii Komputerowej;
 - j) Kierownika Sterylizatorni;
 - k) Lekarza Mikrobiologa;
 - l) Naczelnej Pielęgniarki;
 - m) Pielęgniarki Epidemiologicznej;

n) Dietetyka.

5. Do zadań Dyrektora ds. Medycznych należy:

- a) organizowanie zabezpieczenia opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa, diagnostyki i profilaktyki zdrowotnej;
- b) ustalenie zakresu pracy poszczególnych komórek organizacyjnych oraz organizowanie konsultacji medycznych Oddziałów i Poradni;
- c) nadzorowanie dyscypliny pracy personelu zatrudnionego w komórkach organizacyjnych oraz dbanie o prawidłowe i pełne wykorzystanie ich czasu pracy;
- d) sprawowanie, łącznie z Ordynatorami, nadzoru nad pracą lekarzy zatrudnionych w oddziałach i w poradniach (nadzór ten dotyczy nie tylko fachowości, ale też czasu pracy lekarzy zgodnie z zawartymi umowami o pracę);
- e) sprawowanie, łącznie z Ordynatorami, nadzoru nad pracą lekarzy stażystów oraz czuwanie nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy;
- f) okresowa kontrola oddziałów, pracowni, poradni i innych działów pomocniczych oraz przedstawianie wyników kontroli Zarządowi Spółki;
- g) przygotowywanie przy współpracy z Kierownikami komórek organizacyjnych wniosków w zakresie:
 - zapewnienia opieki zdrowotnej;
 - podnoszenia poziomu świadczeń leczniczych;
 - zatrudnienia pracowników medycznych;
 - wyposażenia placówek w sprzęt i aparaturę medyczną;
 - zabezpieczenia właściwych warunków BHP;
 - zabezpieczenie właściwych warunków przetwarzania i ochrony danych osobowych dotyczących pacjentów, w szczególności zawartych w dokumentacji medycznej;
- h) sprawowanie nadzoru i kontroli nad dokumentacją medyczną i sprawozdawczością statystyczną oraz przeprowadzania systematycznej kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji fachowej;
- i) nadzór nad przygotowaniem ofert konkursowych na świadczenia medyczne;
- i) nadzór nad realizacją zawartych kontraktów na świadczenia medyczne;
- j) sprawowanie nadzoru nad przeprowadzaniem konkursów w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne;
- k) nadzorowanie wykonania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- l) systematyczna kontrola dokumentacji służącej do comiesięcznych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych z nieterminowym składaniem historii chorób wyciągnięcie konsekwencji służbowych;
- m) sprawowanie nadzoru i kontroli gospodarki lekami i artykułami medycznymi oraz racjonalnej gospodarki krwią;
- n) sprawowanie nadzoru nad przeprowadzaniem okresowych badań i szczepień ochronnych pracowników;
- o) wydawanie zgód na konsultacje zewnętrzne i inne procedury medyczne zlecane na zewnątrz;
- p) przyjmowanie pacjentów zgłaszających się ze skargami i wnioskami w określonych dniach i godzinach podanych do ogólnej wiadomości;
- r) wspólnie z innymi kierownikami, odpowiada za terminowe i rzeczowe rozpoznawanie skarg pacjentów;
- s) stały monitoring kosztów usług medycznych świadczonych przez poszczególne komórki organizacyjne Podmiotu Leczniczego;
- t) wycena procedur medycznych;
- u) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji związanej z badaniami naukowymi oraz pracami badawczymi realizowanymi w Spółce;
- v) nadzór nad pracą sterylizacji;

- w) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

DYREKTOR ds. ADMINISTRACYJNO - PERSONALNYCH

§ 14

1. Dyrektor ds. Administracyjno - Personalnych podlega Zarządowi Spółki.
2. Odpowiada przed Zarządem za obszar Administracyjno – Personalny Spółki.
3. Do zadań Dyrektora ds. Administracyjno - Personalnych należy prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Dyrektor ds. Administracyjno - Personalnych pełni nadzór i koordynuje pracę podległych działów, sekcji i ich pracowników, tj.:
 - a) Kierownika Działu Analiz i Rozliczeń;
 - b) Kierownika Działu Informatyki;
 - c) Kierownika Działu Techniczno - Eksploatacyjnego;
 - d) Kierownika Sekcji Kadr;
 - e) Kierownika Sekcji Płac;
 - f) Koordynatora ds. Archiwum - Biura Podawczego wraz ze Składnicą Akt.
5. Do zadań Dyrektora ds. Administracyjno – Personalnych należy:
 - a) zarządzanie, nadzór i koordynowanie pracy podległych działów oraz sekcji;
 - b) organizowanie, nadzorowanie i kontrolowanie sporządzanych, przyjmowanych dokumentów;
 - c) kontrola efektywności i jakości realizowanych zadań;
 - d) wspieranie komunikacji i współpracy między działami oraz sekcjami;
 - e) planowanie oraz organizacja procesów administracyjnych i personalnych;
 - f) tworzenie i wdrażanie polityk oraz procedur wewnętrznych;
 - g) monitorowanie i optymalizacja procesów administracyjnych;
 - h) nadzór i kontrola prawidłowości rozliczeń finansowych w dziale analiz i rozliczeń;
 - i) kontrolowanie materiałów do kontraktowania oraz monitorowanie realizacji i rozliczanie umów zawartych z NFZ, Ministerstwem Zdrowia i innymi podmiotami;
 - j) kontrolowanie rozliczeń umów na świadczenia zdrowotne;
 - k) nadzór nad przygotowaniem ofert konkursowych na świadczenia medyczne;
 - l) nadzór nad przeprowadzaniem konkursów w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne;
 - m) nadzór nad realizacją zawartych kontraktów na świadczenia medyczne;
 - n) nadzorowanie wykonania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - o) kontrolowanie prowadzenia sprawozdawczości medycznej i statystycznej;
 - p) współpraca z personelem medycznym;
 - q) współpraca z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie analiz kosztowych;
 - r) nadzór nad administrowaniem siecią informatyczną, zakupami, naprawą i konserwacją sprzętu komputerowego;
 - s) nadzór nad tworzeniem i realizacją umów podległych działów;
 - t) koordynowanie działań związanych z eksploatacją i utrzymaniem
 - u) optymalizacja kosztów eksploatacyjnych;
 - v) tworzenie polityki kadrowej i płacowej;
 - w) zapewnienie zgodności działań z przepisami prawa pracy;
 - x) kontrola naliczania wynagrodzeń i świadczeń pracowniczych;
 - y) organizowanie i kontrolowanie obiegu dokumentów w spółce;

- z) zapewnienie prawidłowego przechowywania i archiwizacji dokumentacji;
- aa) zarządzanie zasobami ludzkimi;
- bb) nadzorowanie tworzenia w Spółce regulaminów;
- cc) rekrutacja, rozwój i ocena pracowników;
- dd) wdrażanie strategii motywacyjnych i szkoleniowych;
- ee) zapewnienie zgodności z przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi;
- ff) monitorowanie zmian w przepisach i dostosowywanie procedur podległych działów;
- gg) współpraca z audytorami i organami kontrolnymi;
- hh) przygotowywanie raportów i analiz dotyczących działalności podległych działów;
- ii) proponowanie usprawnień i strategii rozwoju;
- jj) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK DZIAŁU FINANSOWO-KSIĘGOWEGO - GŁÓWNY KSIĘGOWY

§ 15

1. Kierownik Działu Finansowo-Księgowego – Główny Księgowy podlega Zarządowi Spółki.
2. Odpowiada przed Zarządem za obszar Księgowo - Finansowy Spółki.
3. Do zadań Kierownika Działu Finansowo-Księgowego - Głównego Księgowego należy prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
4. Kierownik Działu Finansowo-Księgowego - Główny Księgowy pełni nadzór i koordynuje pracę Działu Finansowo-Księgowego.
5. Do zadań Kierownik Działu Finansowo-Księgowego - Głównego Księgowego należy:
 - a) organizowanie i kontrola pracy podległej komórki pracowników – przydzielanie zakresów obowiązków, wyznaczanie zadań, określanie odpowiedzialności na powierzonym stanowisku;
 - b) organizowanie nadzorowanie i kontrolowanie – sporządzanych, przyjmowanych, dokumentów ich prawidłowy obieg i archiwizowanie;
 - c) prawidłowe prowadzenie wszystkich czynności z zakresu księgowości, sporządzanie kalkulacji wynikowej kosztów wykonywanych zadań i sprawozdawczości finansowej;
 - d) prowadzenie gospodarki finansowej Spółki zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami;
 - e) przeprowadzanie bieżącej kontroli wewnętrznej;
 - f) wykonywanie dyspozycji pieniężnych zgodnych z poleceniami Zarządu
 - g) przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych;
 - h) nadzór nad prawidłowym ustaleniem i terminowym ściąganiem należności, dochodzenie roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań wg decyzji Zarządu;
 - i) przeprowadzanie bieżącej kontroli wewnętrznej dokumentów finansowych;
 - j) nadzór nad prawidłowym zawieraniem umów i innych zobowiązań pod względem finansowym;
 - k) nadzór nad przeprowadzaniem i rozliczaniem inwentaryzacji zgodnie z przepisami;
 - l) zapewnienie pod względem finansowym realizacji umów;
 - m) opracowywanie planów finansowych oraz ich realizacja zgodnie z upoważnieniem;
 - n) sporządzanie sprawozdań finansowych wymaganych przepisami i zaleceniami;
 - o) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem Kasy;
 - p) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
 - q) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;

- r) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu zgodnie z Procedurą;
- s) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
- t) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
- u) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
- v) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- w) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- x) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- y) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Dziale Finansowo-Księgowym;
- z) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- aa) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- bb) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- cc) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

§ 16

1. Kierownik Działu Zamówień Publicznych podlega Zarządowi Spółki.
2. Odpowiada przed Zarządem za obszar Zamówień Publicznych Spółki.
3. Do zadań Kierownika Działu Zamówień Publicznych należy prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
4. Kierownik Działu Zamówień Publicznych pełni nadzór i koordynuje pracę podległej komórki.
5. Do zadań Kierownika Działu Zamówień Publicznych należy:
 - a) bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi przepisami na zajmowanym stanowisku i stosowanie ich w praktyce;
 - b) organizowanie pracy Działu Zamówień Publicznych i podległych pracowników;
 - c) działanie zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
 - d) prowadzenie postępowań przetargowych zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych oraz działanie zgodnie z innymi obowiązującymi przepisami;
 - e) opracowywanie rocznych harmonogramów zamówień publicznych;
 - f) realizacja rocznych harmonogramów zamówień publicznych;
 - g) prowadzenie rejestru postępowań o udzielenie zamówienia publicznego oraz zawartych w wyniku ich przeprowadzenia umów;
 - h) sporządzanie zarządzeń o powołaniu Komisji Przetargowych;
 - i) udział w pracach Komisji Przetargowych;
 - j) udział w sporządzaniu specyfikacji warunków zamówienia, wzoru dokumentów do postępowania;
 - k) udział w opracowaniu kryteriów wyboru i oceny ofert;
 - l) udział w opracowaniu warunków zamówienia, wzoru ofert;
 - m) udział w opracowaniu kryteriów wyboru i oceny ofert;
 - n) udział w sporządzaniu projektów umów;

- o) przygotowywanie i ogłoszenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
- p) udzielanie pisemnych odpowiedzi i wyjaśnień w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
- q) sporządzanie zestawienia złożonych ofert;
- r) prowadzenie protokołu i dokumentacji w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego;
- s) weryfikacja formalno-prawna złożonych ofert;
- t) publikacja ogłoszeń o wyborze najkorzystniejszych ofert, odrzucenia ofert, wykluczenia wykonawców, unieważnieniu postępowań itp.;
- u) odpowiedzialność za publikację rocznego sprawozdania o udzielonych zamówieniach;
- v) odpowiedzialność za prawidłowe zawarcie umowy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego;
- w) udział w pracach związanych z rozpatrywaniem odwołań;
- x) sporządzenie raportów z realizacji zawartych umów zgodnie z Regulaminami wewnętrznymi;
- y) prowadzenie listy dostawców, sporządzanie harmonogramów i ich realizacja;
- z) przechowywanie i archiwizowanie dokumentacji z postępowań o udzielenie zamówienia publicznego i prowadzonych zamówień;
- aa) sporządzanie regulaminów o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych;
- bb) ścisła współpraca z prawnikami lub kancelarią prawną;
- cc) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
- dd) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
- ee) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu zgodnie z Procedurą;
- ff) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
- gg) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
- hh) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
- ii) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- jj) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- kk) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- ll) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Dziale Zamówień Publicznych;
- mm) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- nn) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- oo) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- pp) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK DZIAŁU ANALIZ I ROZLICZEŃ

§ 17

1. Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno – Personalnych.
2. Odpowiada przed Dyrektorem ds. Administracyjno – Personalnych za działalność wynikającą ze specyfiki pracy Działu.
3. Do zadań Kierownika Działu Analiz i Rozliczeń należy prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

4. Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń pełni nadzór i koordynuje pracą podległych komórek:
 - a) Sekcji Statystyk Medycznych;
 - b) Centralnej Rejestracji;
 - c) Dermatologicznej Rejestracji.

5. Do zadań Kierownika Działu Analiz i Rozliczeń należy:
 - a) bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi przepisami na zajmowanym stanowisku i stosowanie ich w praktyce;
 - b) prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
 - c) planowanie i przygotowywanie materiałów do kontraktowania oraz monitorowanie realizacji i rozliczanie umów zawartych z NFZ, Ministerstwem Zdrowia i innymi podmiotami;
 - d) zawieranie i rozliczanie umów na świadczenia zdrowotne wykonywane na zewnątrz Szpitala w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości realizowanych świadczeń;
 - e) zawieranie i obsługa umów z podmiotami zewnętrznymi na świadczenie usług medycznych;
 - f) prowadzenie rejestru umów zawieranych przez Spółkę;
 - g) ewidencja i przesyłanie kart zgłoszeniowych nowotworu złośliwego do Instytutu Onkologii;
 - h) przygotowywanie danych statystycznych do rocznego sprawozdania dla Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej oraz Ministerstwa Zdrowia;
 - i) prowadzenie sprawozdawczości medycznej, statystycznej dla potrzeb Spółki, NFZ, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej i innych zewnętrznych instytucji;
 - j) prowadzenie spraw związanych z realizacją umowy ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym dotyczącej udostępniania Oddziałów szpitalnych na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w zakresie prowadzenia sprawozdawczości z realizacji prac badawczych;
 - k) kierowanie i nadzorowanie prac statystyki medycznej w Oddziałach, Poradniach i Pracowniach;
 - l) kierowanie i nadzorowanie pracy Koordynatora Centralnej i Dermatologicznej Rejestracji;
 - m) współpraca z personelem medycznym i wszystkimi komórkami Spółki w celu uzyskania potrzebnych materiałów i informacji do realizacji ofert;
 - n) stały monitoring kosztów usług medycznych świadczonych przez poszczególne komórki organizacyjne Podmiotu Leczniczego;
 - o) przygotowanie i monitorowanie danych niezbędnych do tworzenia cenników świadczeń;
 - p) udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz zgodnie z Procedurą;
 - q) prowadzenie Archiwum Działu Analiz i Rozliczeń;
 - r) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
 - s) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
 - t) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu zgodnie z Procedurą;
 - u) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
 - v) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
 - w) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
 - x) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;

- y) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- z) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- aa) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Dziale Analiz i Rozliczeń;
- bb) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- cc) ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- dd) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- ee) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KOORDYNATOR CENTRANEJ REJESTRACJI/ REJESTRACJI DERMATOLOGICZNEJ

§ 18

1. Koordynator Centralnej Rejestracji/Rejestracji Dermatologicznej podlega Kierownikowi Działu Analiz i Rozliczeń.
2. Do zadań Koordynatora Centralnej Rejestracji/Rejestracji Dermatologicznej należy:
 - a) kierowanie zespołem Rejestracji Centralnej, Rejestracji Dermatologicznej i Koordynatorem ds. DILO;
 - b) właściwa organizacja pracy Rejestracji Centralnej, Rejestracji Dermatologicznej i Koordynatora ds. DILO;
 - c) ścisła współpraca z kadrami medycznymi;
 - d) poszukiwanie i wprowadzenie nowych rozwiązań w zakresie obsługi i rejestracji pacjentów;
 - e) nadzorowanie i rejestracja pacjentów zgłaszających się do Rejestracji;
 - f) sporządzanie obowiązujących sprawozdań statystycznych;
 - g) kontrola i prowadzenie harmonogramów przyjęć do Poradni Specjalistycznej w systemie informatycznym Szpitala;
 - h) czuwanie nad obiegiem dokumentów między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi – Poradniami;
 - i) koordynowanie oraz przygotowywanie lub zakładanie dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - j) przekazywanie dokumentacji medycznej właściwym lekarzom;
 - k) przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych/e-mailowych i ustalanie terminu wizyt do Poradni Specjalistycznej;
 - l) nadzorowanie, weryfikowanie i prawidłowe wprowadzanie danych osobowych pacjenta oraz dokumentów dotyczących ubezpieczenia pacjenta w systemie informatycznym Szpitala;
 - m) nadzór i ewentualne uzupełnienie w systemie informatycznym Szpitala wykonanych procedur ICD9;
 - n) nadzór nad prawidłowym rozliczaniem świadczeń medycznych;
 - o) poprawianie błędów wewnętrznych z Poradni Specjalistycznych w systemie informatycznym Szpitala;
 - p) udzielanie wyczerpujących informacji o funkcjonowaniu poradni, godzin przyjęć, warunkach udzielania świadczeń;
 - q) archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z Instrukcją Archiwizacyjną i przekazanie jej do Archiwum;
 - r) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w rozwiązywaniu problemów;

- s) oszczędne i racjonalne gospodarowanie powierzonym mieniem i wszelkimi materiałami;
- t) wykonywanie innych zleconych przez bezpośredniego przełożonego czynności zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami;
- u) uczestnictwo w konsyliach lekarskich;
- v) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- w) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- x) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- y) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KOORDYNATOR DS. DiLO

§ 19

1. Koordynator ds. DiLO podlega Koordynatorowi Centralnej Rejestracji/Rejestracji Dermatologicznej.
2. Do zadań Koordynator ds. DiLO należy:
 - a) uczestnictwo w konsyliach lekarskich;
 - b) koordynacja planu leczenia poprzez prowadzenie pacjenta tzw. Szybka Ścieżka Onkologiczną, ustalenie terminów badań diagnostycznych z podmiotami je świadczącymi, umawianie pacjentów na wizyty u lekarzy specjalistów, umawianie pacjentów na konsylia onkologiczne;
 - c) dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta poprzez potwierdzanie wykonania świadczeń medycznych oraz wpisywania etapów leczenia;
 - d) koordynacja terminowego wykonania badań diagnostycznych oraz realizacji terminów w poszczególnych etapach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
 - e) zapewnienie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z leczeniem onkologicznym;
 - f) bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji świadczeń dot. pakietu onkologicznego;
 - g) nadzór i ewentualne uzupełnienie w systemie informatycznym Szpitala wykonanych procedur ICD9;
 - h) nadzór nad prawidłowym rozliczaniem świadczeń medycznych;
 - i) weryfikacja i sprawdzanie uprawnień do świadczeń zdrowotnych;
 - j) prawidłowe wprowadzanie oraz weryfikacja wprowadzonych do systemu informatycznego Szpitala danych osobowych pacjenta oraz dokumentów dotyczących ubezpieczenia pacjenta;
 - k) rozliczanie świadczeń w zakresie pakietu onkologicznego;
 - l) nadzór nad prawidłowym rozliczaniem świadczeń medycznych związanych z diagnostyką onkologiczną;
 - m) poprawianie błędów wewnętrznych dot. Pacjentów onkologicznych, w systemie informatycznym Szpitala;
 - n) wykonanie innych zadań wynikających i związanych z procesem terapeutycznym pacjenta w zakresie informacyjnym, administracyjnym i organizacyjnym w ramach świadczeń związanych z leczeniem onkologicznym pacjenta;
 - o) udzielanie wyczerpujących informacji o funkcjonowaniu poradni, godzin przyjęć, warunkach udzielania świadczeń;
 - p) gromadzenie, porządkowanie i przechowywanie dokumentacji;
 - q) czuwanie nad obiegiem akt i dokumentów między poszczególnymi komórkami organizacji;

- r) sporządzanie obowiązujących sprawozdań statystycznych;
- s) archiwizacja Dokumentacji Medycznej;
- t) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- u) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- v) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- w) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK DZIAŁU INFORMATYKI

§ 20

1. Kierownik Działu Informatyki podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno-Pracowniczych.
2. Odpowiada przed Dyrektorem ds. Administracyjno – Personalnych za infrastrukturę IT.
3. Do zadań Kierownika Działu Informatyki należy kierowanie zespołem IT oraz zapewnienie bezpieczeństwa i sprawności systemów informatycznych.
4. Kierownik Działu Informatyki pełni nadzór i koordynuje pracę podległej komórki informatyki.
5. Do zadań Kierownika Działu Informatyki należy:
 - a) nadzór nad administrowaniem siecią informatyczną, zakupami, naprawą i konserwacją sprzętu komputerowego;
 - b) wdrażanie nowych rozwiązań informatycznych wspierających działalność szpitala;
 - c) zapewnienie sprawnego działania systemów medycznych i administracyjnych;
 - d) wsparcie techniczne i użytkowników, organizowanie wsparcia technicznego dla personelu medycznego i administracyjnego;
 - e) planowanie zakupów i modernizacji sprzętu IT;
 - f) generowanie potrzeb, przygotowanie dokumentów oraz sporządzanie opisu przedmiotu zamówienia publicznego oraz szacunkowej wartości celem uruchomienia postępowania zgodnie z obowiązującym Regulaminem Udzielania Zamówień;
 - g) udział w postępowaniach przetargowych i projektach unijnych;
 - h) zarządzanie infrastrukturą IT;
 - i) utrzymanie sprzętu komputerowego, serwerów, sieci oraz systemów teleinformatycznych;
 - j) nadzór nad serwisami i konserwacją infrastruktury IT;
 - k) koordynacja współpracy z firmami dostarczającymi oprogramowanie i sprzęt;
 - l) negocjowanie umów serwisowych i licencyjnych;
 - m) rozwiązywanie problemów sprzętowych i programowych;
 - n) optymalizacja procesów i innowacje;
 - o) poszukiwanie nowych technologii usprawniających funkcjonowanie szpitala;
 - p) wdrażanie rozwiązań telemedycznych i e-usług dla pacjentów;
 - q) analiza potrzeb IT i rekomendowanie ulepszeń;
 - r) szkolenie personelu w zakresie korzystania z systemów IT;
 - s) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
 - t) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
 - u) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu zgodnie z Procedurą;
 - v) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
 - w) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
 - x) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;

- y) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- z) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- aa) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- bb) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Dziale Informatyki;
- cc) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- dd) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- ee) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- ff) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK DZIAŁU TECHNICZNO – EKSPLOATACYJNEGO

§ 21

1. Kierownik Działu Techniczno-Eksploatacyjnego podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno – Personalnych.
2. Odpowiada przed Dyrektorem ds. Administracyjno – Personalnych za realizację zadań Działu oraz podległych mu Sekcji.
3. Do zadań Kierownika Działu Techniczno-Eksploatacyjnego należy zapewnienie warunków niezbędnych do funkcjonowania Szpitala.
4. Kierownik Działu Techniczno-Eksploatacyjnego pełni nadzór i koordynuje pracę podległych komórek tj:
 - a) Sekcji Aparatury i Urządzeń Medycznych;
 - b) Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia;
 - c) Warsztatu Utrzymania Ruchu.
5. Do zadań Kierownika Działu Techniczno-Eksploatacyjnego należy organizowanie nadzorowanie i kierowanie pracami Działu w tym Sekcji Aparatury i Urządzeń Medycznych, Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia oraz organizowanie, kierowanie i kontrolowanie pracy pracowników Warsztatu Utrzymania Ruchu w celu zapewnienia warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala poprzez:
 - a) nadzór nad prawidłową eksploatacją sieci i urządzeń w celu utrzymanie właściwego stanu technicznego i sanitarnego obiektów infrastruktury Szpitala, zapewniających ciągłość i sprawność dostaw mediów komunalnych (energii elektrycznej, ciepłej, gazu i wody);
 - b) nadzór techniczny nad ciepłownią oraz logistyką gazów medycznych;
 - c) opracowanie rocznych i wieloletnich planów, harmonogramów, remontów, napraw, przeglądów, modernizacji sprzętu oraz infrastruktury budowlanej (w tym zaplecza energetycznego i technicznego) oraz nadzór nad terminową i prawidłową ich realizacją;
 - d) terminowe sporządzanie sprawozdań z remontów infrastruktury budowlanej i technicznej;
 - e) ustalanie potrzeb modernizacji infrastruktury technicznej i sporządzanie planów zakupów;
 - f) współdziałanie w planowaniu i osobisty nadzór nad realizacją inwestycji prowadzonych w Szpitalu;

- g) nadzór nad utrzymaniem porządku sanitarnego i estetycznego na terenie kompleksu Szpitala;
- h) nadzór nad prowadzeniem i archiwizowaniem dokumentacji technicznej budynków oraz instalacji technicznych i energetycznych;
- i) nadzór nad prawidłowym użytkowaniem, konserwacją, przeglądami i naprawami urządzeń aparatury medycznej, w tym prawidłowym prowadzeniu dokumentacji technicznej urządzenia (tzw. paszportu);
- j) opiniowanie projektów i propozycji zakupów urządzeń aparatury medycznej oraz jej testowania;
- k) nadzór nad tworzeniem i realizacją umów z dostawcami mediów oraz umów dotyczących: prania, odpadów medycznych i komunalnych, dezynsekcji i deratyzacji, oraz usług telekomunikacyjnych;
- l) nadzór nad prawidłowym obciążaniem za wynajem pomieszczeń Spółki zgodnie z umowami zawartymi w trybie obowiązujących zasad;
- m) generowanie potrzeb, przygotowanie dokumentów oraz sporządzanie opisu przedmiotu zamówienia publicznego oraz szacunkowej wartości celem uruchomienia postępowania zgodnie z obowiązującym Regulaminem Udzielania Zamówień;
- n) nadzór nad starannym prowadzeniem rejestru umów Działu, zapotrzebowań itp. dokumentów;
- o) współpracę z komórkami Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w obszarze użytkowania użyczonego mienia (sprzętu technicznego, medycznego, kwaterunkowego) dla działalności Szpitala. Nadzór nad jego eksploatacją, konserwacją, naprawami i remontami oraz wybrakowaniami po zakończonym okresie użytkowania;
- p) nadzór nad prawidłowym (zgodny z gospodarką materiałową) użytkowaniem mienia kwaterunkowego Szpitala, jego ewidencja, przydział użytkownikom oraz coroczna inwentaryzacja;
- q) planowanie i kontrola zapotrzebowania oraz optymalizacja zapasów gospodarki materiałowej;
- r) koordynowanie działań związanych z inwentaryzacją majątku trwałego, wyposażenia i zapasów;
- s) nadzór nad przygotowywaniem odpowiednich procedur oraz instrukcji dotyczących procesu inwentaryzacji;
- t) monitorowanie przebiegiem inwentaryzacji i zapewnienie zgodności z regulacjami prawnymi oraz wewnętrznymi procedurami szpitala;
- u) weryfikacja różnic inwentaryzacyjnych i ustalenie przyczyn ewentualnych niezgodności;
- v) wdrożenie działań koordynujących oraz procedur zapobiegających powstaniu strat;
- w) organizacja i nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem systemu parkingowego na terenie Szpitala;
- x) nadzór nad przestrzeganiem „Regulaminu posługiwania się kluczami do pomieszczeń służbowych”;
- y) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
- z) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
- aa) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu zgodnie z Procedurą;
- bb) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
- cc) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
- dd) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
- ee) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Dziale Techniczno-Eksploatacyjnym;
- ff) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych

- pracowników;
- gg) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- hh) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- ii) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- jj) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- kk) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- ll) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK SEKCJI APARATURY I URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH

§ 22

1. Kierownik Sekcji Aparatury i Urządzeń Medycznych podlega Kierownikowi Działu Techniczno-Eksploatacyjnego.
2. Odpowiada przed Kierownikiem Działu Techniczno-Eksploatacyjnego za realizację zamówień, napraw i konserwacji aparatury i sprzętu medycznego.
3. Do zadań Kierownika Sekcji Aparatury i Urządzeń Medycznych należy:
 - a) organizowanie napraw i konserwacji, aparatury medycznej, sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o. w celu bezpiecznej i bezawaryjnej pracy;
 - b) współpraca z podmiotami zewnętrznymi wykonującymi prace na rzecz Szpitala oraz nadzór nad ich realizacją wraz z odbiorami, w zakresie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego;
 - c) nadzór nad prowadzoną ewidencją aparatury medycznej i sprzętu medycznego, zawierającej podstawowe informacje techniczne i miejsce użytkowania;
 - d) opracowywanie harmonogramu wymaganych prawem przeglądów okresowych aparatury i sprzętu medycznego, monitorowanie zlecenia i terminowego wykonywania przeglądów;
 - e) nadzorowanie prowadzenia paszportów technicznych dla aparatury medycznej wraz z aktualizacją wpisów z dokonanych napraw, przeglądów gwarancyjnych, przeglądów okresowych, innych czynności określonych obowiązującymi przepisami w tym Ustawą o Wyrobach Medycznych;
 - f) nadzorowanie nad przygotowywaniem wycen kosztów zakupu części zamiennych i usług niezbędnych do prawidłowej pracy aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego;
 - g) przygotowywanie dokumentacji do procedur przetargowych w zakresie zakupu aparatury medycznej i sprzętu medycznego oraz części zamiennych przy współudziale z komórkami wnioskującymi, zgodnie z przepisami prawa zamówień publicznych;
 - h) przygotowywanie zapotrzebowań i wniosków o nabycie sprzętu i aparatury medycznej, zgodnie z Regulaminem obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o.;
 - i) przygotowywanie dokumentacji do procedur przetargowych w zakresie serwisu i przeglądów okresowych aparatury medycznej;
 - j) współuczestniczenie w przygotowaniu dokumentacji do procedur kontraktowania z płatnikiem Szpitala w tym aktualizowanie portalu potencjału sprzętu medycznego i aparatury medycznej;
 - k) prowadzenie oraz bieżąca aktualizacja Portalu Świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie sprzętu i aparatury medycznej;
 - l) nadzorowanie zadań związanych z wycofywaniem przestarzałej i zużytej aparatury oraz sprzętu medycznego do brakowania, zgodnie z zasadami obowiązującymi w

- Szpitalu;
- m) nadzorowanie spraw związanych z przyjmowaniem do ewidencji środków trwałych i wyposażenia nabytej aparatury i sprzętu medycznego;
 - n) współpraca z urzędami, instytucjami państwowymi i samorządowymi w sprawach dotyczących przekazywania na rzecz Szpitala aparatury i sprzętu medycznego;
 - o) koordynowanie zadań związanych z darowiznami aparatury i sprzętu medycznego na rzecz Szpitala;
 - p) koordynowanie zadań związanych z nieodpłatnym przekazywaniem aparatury i sprzętu medycznego na rzecz Szpitala;
 - q) nadzorowanie przestrzegania dyscypliny pracy podległych pracowników Sekcji w tym organizowanie pracy i kontrolowanie wykonywanych obowiązków.
 - r) na polecenie przełożonego pracownik jest zobowiązany wykonać prace niezwiązane z ustalonym dla niego zakresem obowiązków;
 - s) bieżący nadzór nad zapewnieniem dostawy gazów medycznych na Oddziały Szpitala;
 - t) bieżący nadzór nad terminami zwrotu butli do dostawców;
 - u) bieżący nadzór nad kontrolą stanu technicznego i ważnością dostarczanych butli;
 - v) wnioskowanie oraz udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nowego dostawcy po zakończonej umowie;
 - w) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
 - x) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
 - y) tworzenie opisu stanowisk dla własnej sekcji zgodnie z Procedurą;
 - z) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
 - aa) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
 - bb) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
 - cc) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
 - dd) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
 - ee) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
 - ff) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Sekcji Aparatury i Urządzeń Medycznych;
 - gg) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - hh) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - ii) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - jj) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK SEKCJI GOSPODARKI MATERIAŁOWEJ I ZAOPATRZENIA

§ 23

1. Kierownik Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia podlega Kierownikowi Działu Techniczno-Eksploatacyjnego.
2. Odpowiada przed Działu Techniczno-Eksploatacyjnego za realizację założeń sekcji gospodarki materiałowej i zaopatrzenia oraz magazynu głównego szpitala
3. Do zadań Kierownika Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia należy:
 - a) załatwianie wszelkich spraw związanych z terminowym zaopatrzeniem Spółki w materiały podlegające pod Magazyn Główny Szpitala w tym: sprzęt medyczny, laboratoryjny, odczynniki, odzież szpitalną i roboczą, druki medyczne i administracyjne, środki czystości, materiały techniczne;

- b) udział w negocjowaniu cen, warunków płatności oraz jakości zamawianych towarów;
- c) nadzór nad przekazywaniem zakupionego towaru do magazynu i nadzorowanie pracy magazynu, prowadzenie inwentaryzacji;
- d) nadzór nad wystawianiem asygnat RW na sprzęt gospodarczy i materiały znajdujące się w magazynie;
- e) nadzór nad zamówieniami wystawionymi do firm, podpisywanie faktur pod względem merytorycznym;
- f) nadzorowanie dokumentacji związanej z zaopatrzeniem Spółki prowadzonej w Dziale;
- g) czuwanie nad realizacją zawartych umów w Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia;
- h) opracowywanie harmonogramu inwentaryzacji zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- i) nadzorowanie przeprowadzania fizycznej inwentaryzacji sprzętu w szpitalu (lokalizowanie i oznaczanie urządzeń);
- j) nadzór nad aktualizowaniem danych w systemie inwentaryzacyjnym;
- k) weryfikacja zgodności stanu faktycznego ze stanem ewidencyjnym;
- l) sporządzanie raportów i zestawień dotyczących stanu posiadania sprzętu;
- m) wsparcie w przeprowadzaniu inwentaryzacji;
- n) pełnienie funkcji przewodniczącego komisji spisowej środków trwałych oraz wyposażenia, przy czynnym udziale osób materialnie i niematerialnie odpowiedzialnych;
- o) nadzór nad przeprowadzaniem spisu z natury środków trwałych oraz wyposażenia przy współudziale powołanej komisji inwentaryzacyjnej w wyznaczonych w harmonogramie terminach, zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji majątku Szpitala;
- p) nadzorowanie oznakowania spisanego majątku zgodnie z kodami numerycznymi; wygenerowanymi w module „środki trwałe” oraz module „wyposażenie”;
- q) weryfikacja zdadności spisywanego majątku i skierowanie wniosków o likwidację;
- r) przekazanie kompletnych sprawozdań (arkuszy spisowych) do działu księgowości w terminie do 5 dni roboczych po zakończeniu spisu danego obszaru objętego inwentaryzacją;
- s) sporządzanie protokołu z przeprowadzonej inwentaryzacji;
- t) przygotowywanie odpowiednich procedur oraz instrukcji dotyczących procesu inwentaryzacji;
- u) wyjaśnianie różnic inwentaryzacyjnych, ustalenie przyczyn ewentualnych niezgodności oraz wdrażanie procedur zapobiegających powstaniu strat;
- v) współpraca z komórkami Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w obszarze użytkowania użyczonego mienia (sprzętu technicznego, medycznego, kwaterunkowego) dla działalności Szpitala, brakowanie po zakończonym okresie użytkowania;
- w) nadzór nad sporządzaniem dokumentów dotyczących protokołów wytwórczości składników majątku;
- x) informowanie o wszystkich istotnych zdarzeniach mających wpływ na jakość wykonywanych czynności;
- y) organizowanie miejsca wykonywania pracy zgodnie z zasadami BHP, ochrony PPOŻ i ergonomii;
- z) współpraca z pozostałymi działami w celu uzgadniania stanów majątkowych i magazynowych;
- aa) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
- bb) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
- cc) tworzenie opisu stanowisk dla własnej sekcji zgodnie z Procedurą;
- dd) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;

- ee) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
- ff) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
- gg) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- hh) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- ii) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- jj) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia;
- kk) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- ll) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- mm) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- nn) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK SEKCJI KADR

§ 24

1. Kierownik Sekcji Kadr podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno-Personalnych.
2. Odpowiada przed Dyrektorem ds. Administracyjno-Personalnych za realizację założeń polityki kadrowej.
3. Do zadań Kierownika Sekcji Kadr należy:
 - a) prowadzenie dokumentacji do naboru pracowników;
 - b) tworzenie i uaktualnianie systemu prowadzenia dokumentacji pracowniczej;
 - c) prowadzenie wszystkich etapów procesu kadrowego (od rekrutacji poprzez nawiązanie, świadczenie i ustanie stosunku pracy), zgodnie z przepisami prawa pracy;
 - d) prowadzenie akt osobowych;
 - e) prowadzenie archiwum kadrowo;
 - f) tworzenie i wydawanie wszelkiego typu zaświadczeń, umów, świadectw, dokumentów potwierdzających kwalifikacje również na podstawie dokumentów archiwalnych;
 - g) prowadzenie dokumentów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów cywilno-prawnych oraz prowadzenie bieżącej dokumentacji;
 - h) prowadzenie dokumentacji wymaganej przez Ministerstwo Zdrowia dla lekarzy skierowanych do odbywania specjalizacji w trybie rezydenckim i poza rezydenckim;
 - i) prowadzenia ewidencji czasu pracy: urlopy, zwolnienia lekarskie, delegacje, rozliczanie i sprawdzanie harmonogramów, sprawdzanie list obecności;
 - j) rozliczanie czasu pracy;
 - k) przeprowadzanie konkursów na zamówienia na świadczenia zdrowotne dla lekarzy;
 - l) przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze w Szpitalu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - m) nadzorowanie i kontrola prac związanych z opracowaniem procedur i regulaminów wewnętrznych;
 - n) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia spraw pracowniczych i terminowości sporządzania sprawozdań;
 - o) współpracy z podmiotami zewnętrznymi;
 - p) prowadzenie spraw socjalnych pracowników i funduszu świadczeń socjalnych;

- q) przydzielanie zakresów zadań i odpowiedzialności podległych pracowników;
- r) organizowanie, nadzorowanie i kontrolowanie – sporządzanych, przyjmowanych, dokumentów, ich prawidłowy obieg, archiwizowanie;
- s) nadzorowanie należytego przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- t) tworzenie i aktualizowanie Regulaminu Pracy, Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i innych wewnętrznych procedur zgodnie z aktualnymi przepisami;
- u) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
- v) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
- w) tworzenie opisu stanowisk dla własnej sekcji zgodnie z Procedurą;
- x) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
- y) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
- z) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
- aa) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- bb) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- cc) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- dd) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Sekcji Kadr;
- ee) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- ff) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- gg) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- hh) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK SEKCJI PŁAC

§ 25

1. Kierownik Sekcji Płac podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno-Personalnych.
2. Odpowiada przed Dyrektorem ds. Administracyjno-Personalnych za realizację założeń polityki płacowej oraz naliczanie płac;
3. Do zadań Kierownika Sekcji Płac należy:
 - a) prowadzenie dokumentacji płacowej;
 - b) przygotowywanie wniosków w sprawie nagród, wyróżnień lub kar dla pracowników;
 - c) przygotowywanie wniosków na rentę, emeryturę, świadczenia rehabilitacyjne;
 - d) prowadzenie archiwum płacowego;
 - e) nadzorowanie prawidłowości naliczania wynagrodzeń;
 - f) nadzorowanie i kontrola prac związanych z opracowaniem procedur i regulaminów wewnętrznych;
 - g) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia spraw płacowych i terminowości sporządzania sprawozdań;
 - h) współpracy z podmiotami zewnętrznymi;
 - i) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
 - j) organizowanie, nadzorowanie i kontrolowanie – sporządzanych, przyjmowanych, dokumentów, ich prawidłowy obieg, archiwizowanie;
 - k) planowanie funduszu płac, analizowanie i kontrolowanie jego wykorzystania;

- l) organizowanie i nadzorowanie prowadzenia wszystkich czynności z zakresu księgowości płacowej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami:
 - naliczanie wynagrodzeń;
 - sporządzanie listy płac;
 - sporządzanie zestawień do listy płac dla poszczególnych komórek;
 - obliczanie potrąceń z tytułu zwolnień lekarskich i innych;
 - naliczanie i odprowadzanie podatków;
 - naliczanie zasiłków pracowniczych i innych świadczeń wynikających z nawiązanego stosunku pracy;
- m) nadzorowanie prawidłowego naliczania zaliczek na podatek od wynagrodzeń, terminowe sporządzanie deklaracji podatkowych oraz przekazywanie ich jak i potrąconego podatku do właściwego Urzędu Skarbowego;
- n) nadzorowanie prawidłowego obowiązku płatnika tj.: terminowe odprowadzanie składek ZUS oraz sporządzanie miesięcznych deklaracji;
- o) nadzorowanie naliczania wynagrodzeń rezydentów zgodnie z umową Ministerstwa Zdrowia, prawidłowe rozliczanie umów zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia;
- p) nadzorowanie prowadzenia sprawozdawczości płacowej w świetle obowiązujących przepisów;
- q) nadzorowanie sporządzania deklaracji miesięcznej i rozliczenia do PFRON;
- r) nadzorowanie przygotowywania dokumentacji zarobkowej do celów emerytalno-rentowych;
- s) prowadzenie księgowości KZP w Szpitalu;
- t) obliczanie składek do ZUS, PFRON oraz podatków;
- u) nadzór i kontrola nad sporządzeniem deklaracji podatkowych, ubezpieczeniowych i pozostałych wymaganych przez prawo;
- v) tworzenie i aktualizowanie Regulaminu Wynagradzania zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- w) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
- x) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
- y) tworzenie opisu stanowisk dla własnej sekcji zgodnie z Procedurą;
- z) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
- aa) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
- bb) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
- cc) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- dd) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- ee) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
- ff) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Sekcji Płac;
- gg) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- hh) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- ii) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- jj) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KOORDYNATOR DS. ADMINISTRACYJNO-ARCHIWALNYCH

§ 26

1. Koordynator ds. Administracyjno-Archiwalnych podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno-Personalnych.

2. Odpowiada przed Dyrektorem ds. Administracyjno-Personalnych za realizację zadań związanych z prowadzeniem Biura Podawczego i Składnicy Akt.
3. Do zadań Koordynatora ds. Administracyjno-Archiwalnych należy:
 - a) kompleksowa obsługa Biura Podawczego;
 - b) ewidencja dokumentów przychodzących i wychodzących, w tym faksów, poczty elektronicznej i przekazywanie ich Zarządowi, Dyrektorowi ds. Medycznych, Dyrektorowi ds. Administracyjno-Personalnych lub Kierownikom Komórek i imiennym adresatom;
 - c) zapewnienie wsparcia w zakresie prawidłowego prowadzenia i obiegu dokumentów oraz udzielaniu informacji zgodnie z obowiązującymi procedurami;
 - d) współpraca z Radcą Prawnym w zakresie korespondencji i załatwiania spraw organizacyjno-prawnych, ewidencja korespondencji i toczących się postępowań sądowych, nadzór nad realizacją zadań przez komórki organizacyjne w zakresie spraw prawnych;
 - e) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem Składnicy Akt Spółki w zakresie:
 - gromadzenia i ewidencjonowania dokumentacji przyjmowania na podstawie spisów zdawczo–odbiorczych odpowiednio przygotowanej dokumentacji;
 - przechowywania i ochrony dokumentacji;
 - udostępniania dokumentacji archiwalnej;
 - przygotowania dokumentów przeznaczonych do brakowania;
 - prowadzenie ewidencji akt zniszczonych;
 - przygotowania dokumentów przeznaczonych do przekazania Archiwum Państwowemu oraz Archiwum Zewnętrznemu.
 - f) przygotowywanie zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
 - g) ocena okresowa podległych pracowników zgodnie z Procedurą;
 - h) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu zgodnie z Procedurą;
 - i) organizowanie i nadzorowanie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika zgodnie z Procedurą;
 - j) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
 - k) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych;
 - l) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
 - m) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
 - n) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony PPOŻ.;
 - o) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. w Biurze Podawczym;
 - p) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - q) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - r) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - s) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

ORDYNATOR ODDZIAŁU

§ 27

1. Ordynator Oddziału podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Ordynator Oddziału sprawuje nadzór i koordynuje pracę podległych komórek tj:

- a) Bloku Operacyjnego Oddziału;
- b) Poradni wchodzących w skład Oddziału;
- c) Pracowni wchodzących w skład Oddziału.

3. Do zadań Ordynatora Oddziału należy:

- a) zarządzanie całokształtem pracy Oddziału, Bloku, Poradni i Pracowni oraz jego pracownikami;
- b) organizowanie pracy podległego Oddziału, a w szczególności ustalanie rozkładu zajęć pracowników, ich zakresu zadań, zastępstw w czasie nieobecności, wniosków w zakresie obsady osobowej itp.;
- c) opracowywanie zakresu zadań, odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków;
- d) organizowanie pracy w zakresie lecznictwa w postaci rocznych planów działań Oddziału, miesięcznych, tygodniowych, dziennych harmonogramów zabiegów i nadzór nad ich realizacją;
- e) przeprowadzenie wywiadu z chorymi analiza posiadanej przez pacjenta dokumentacji medycznej;
- f) nadzór nad prowadzeniem dokładnej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- g) informowanie pacjenta i jego rodziny o przebiegu leczenia;
- h) w razie zgonu pacjenta wyznaczenie lekarza do uczestniczenia w sekcji zwłok;
- i) wyznaczenie kierunku leczenia, podział obowiązków poszczególnym lekarzom, ustalanie przebiegu leczenia, nadzorowanie przebiegu leczenia, korygowanie wszelkich niezgodności w procesie leczenia;
- j) udział w leczeniu pacjentów i przeprowadzanych w Oddziale zabiegach i operacjach;
- k) organizowanie odpraw, omawianie bieżących spraw związanych z leczeniem pacjentów, organizacją pracy w Oddziale;
- l) organizowanie narad i zebrań zespołu medycznego i codziennych obchodów lekarskich;
- m) dbanie o wysoki poziom satysfakcji pacjentów z udzielonych świadczeń lekarskich;
- n) wraz z Kierownikiem Poradni wyznaczanie lekarzy przyjmujących pacjentów w Poradni i ustalanie godzinowego i tygodniowego, rozkładu pracy Poradni dla potrzeb NFZ;
- o) zgłaszanie wniosków dotyczących zaopatrzenia w materiały, sprzęt, narzędzia, leki, nadzór nad ich racjonalnym wykorzystaniem i zużyciem (szczególnie środków farmaceutycznych) oraz sporządzanie rozliczeń w w/w kwestii;
- p) nadzór nad przestrzeganiem przepisów sanitarnych, BHP i Ppoż.;
- q) prowadzenie stanowiskowych szkoleń z zakresu BHP;
- r) prowadzenie adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników;
- s) przeprowadzanie okresowej oceny pracowników;
- t) tworzenie opisu stanowisk dla podległych pracowników;
- u) nadzór nad aktualnością wymaganych szkoleń, badań, kursów, kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu przez podległych pracowników;
- v) opracowywanie sprawozdań, raportów, danych statystycznych dotyczących działalności Oddziału i przekazywanie ich wyznaczonym komórkom w określonym terminie;
- w) zawiadamianie Dyrektora ds. Medycznych o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom sztuki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- x) uczestnictwo w zebraniach, naradach i konsultacjach;
- y) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- z) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- aa) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- bb) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK DZIAŁU ANESTEZJOLOGII

§ 28

1. Kierownik Działu Anestezjologii podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Kierownika Działu Anestezjologii należy:
 - a) organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy podległych pracowników i całego Działu Anestezjologii, Wyznaczanie miesięcznych harmonogramów pracy podległych lekarzy, opracowywanie na piśmie zakresów obowiązków, opisów stanowisk, wyznaczanie zastępstwa w czasie nieobecności danego lekarza, kontrolowanie aktualności uprawnień np.: badań okresowych, a w razie ich utraty zgłaszanie do Dyrektora ds. Medycznych odsunięcie od pracy danego pracownika;
 - b) koordynowanie i nadzorowanie wszystkich czynności związanych z przygotowaniem pacjentów, sprzętu, materiałów, leków do znieczulenia;
 - c) koordynowanie i przeprowadzanie znieczuleń ogólnych, przewodowych, dożylnych, kombinowanych oraz prowadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej;
 - d) koordynowanie współpracy z lekarzami oddziału zabiegowego;
 - e) nadzorowanie przeprowadzanych przez podległych lekarzy badań lekarskich i zleczanych konsultacji przed i po znieczuleniu;
 - f) koordynowanie i nadzorowanie czynności reanimacyjnych na terenie Podmiotu Leczniczego;
 - g) wyznaczanie dyżurów lekarskich;
 - h) nadzorowanie wszystkich czynności związanych ze znieczuleniem, usypianiem i wzbudzaniem pacjenta, oraz wszystkich innych koniecznych działań medycznych mających na celu zabezpieczenia zdrowia i życia pacjenta;
 - i) nadzorowanie prowadzonej dokumentacji medycznej zgodnie z wytycznymi ISO oraz zgodnie z obowiązującymi w tej kwestii przepisami;
 - j) przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych podległych lekarzy, prowadzenie adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników, przeprowadzanie oceny okresowej pracowników;
 - k) wnioskowanie o leki, sprzęt i urządzenia, oraz ponoszenie odpowiedzialność za ich racjonalne wykorzystanie;
 - l) ponoszenie odpowiedzialności za powierzony sprzęt i aparaturę;
 - m) w razie uszkodzeń, zniszczenia lub kradzieży powierzonego sprzętu, sporządzenie koniecznej dokumentacji wraz z opisem wydarzenia;
 - n) opracowywanie sprawozdań dokumentów dot.: ISO, raportów, harmonogramów pracy, danych statystycznych oraz innej koniecznej dokumentacji z zakresu działalności Działu i przekazywanie ich wyznaczonym komórkom w określonym terminie (Dział Analiz i Rozliczeń, Sekcja Kadr, Sekcja Płac, Dział Finansowo-Księgowy, itd.);
 - o) zawiadamianie Ordynatora Oddziału, Dyrektora ds. Medycznych o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom sztuki lekarskiej i pielęgniarstwa;
 - p) uczestnictwo w zebraniach, naradach, konsultacjach;
 - q) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - r) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - s) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - t) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK APTEKI SZPITALNEJ

§ 29

1. Kierownik Apteki Szpitalnej podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Kierownika Apteki Szpitalnej należy:
 - a) prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
 - b) organizacja, zarządzanie i kontrolowanie całokształtem pracy Apteki Szpitalnej i magazynu aptecznego;
 - c) organizowanie, kierowanie i kontrolowanie prac wykonywanych przez podległych pracowników;
 - d) organizowanie prac w zakresie gospodarki lekami w postaci:
 - organizowania zaopatrzenia Podmiotu Leczniczego w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziały;
 - sporządzanie leków recepturowych;
 - udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
 - planowanie rocznych zakupów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
 - udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Podmiotu Leczniczego;
 - udział w racjonalizacji farmakoterapii i farmakoekonomiki;
 - nadzór nad dopuszczeniem do stosowania na terenie Podmiotu Leczniczego produktów leczniczych i wyrobów medycznych objętych ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne i ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych;
 - prowadzenie ewidencji próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanie darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez Aptekę Szpitalną na Oddziały oraz dla pacjenta;
 - tworzenie receptariusza i nowelizacja go co najmniej raz na 2 lata;
 - kontrola apteczek oddziałowych;
 - e) przygotowywanie specyfikacji przetargowych na dostawę leków i materiałów medycznych;
 - f) sprawdzanie otrzymanych ofert od wykonawców pod względem merytorycznym;
 - g) sprawdzanie realizacji umów pod względem cen oraz terminów płatności;
 - h) przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt nie opowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym;
 - i) nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i Ppoż. oraz przepisów sanitarno-epidemiologicznych;
 - j) opracowywanie sprawozdań, raportów, danych statystycznych z działalności Apteki Szpitalnej i przekazywanie konkretnym komórkom Podmiotu Leczniczego;
 - k) przydzielanie zakresów zadań i odpowiedzialności pracowników (w tym umów o odpowiedzialności materialnej);
 - l) prowadzenie okresowej oceny podległych pracowników;
 - m) tworzenie opisu stanowisk dla własnego działu;
 - n) prowadzenie adaptacji zawodowej nowoprzyjętego pracownika;
 - o) organizowanie zastępstw w podległej komórce;
 - p) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległych pracowników, w tym prowadzenie szkoleń stanowiskowych BHP;
 - q) prowadzenie działań i dokumentów podległej komórki zgodnie z przepisami obowiązującymi w Podmiocie Leczniczym;

- r) należyte przechowywanie i zabezpieczanie dokumentów aptecznych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- s) prowadzenie instruktażu stanowiskowego BHP nowego pracownika;
- t) nadzór nad aktualnością uprawnień oraz badań okresowych podległych pracowników;
- u) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ochrony Ppoż. przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- v) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- w) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- x) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK IZBY PRZYJĘĆ

§ 30

1. Kierownik Izby Przyjęć podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Kierownika Izby Przyjęć należy:
 - a) zarządzanie całokształtem pracy Izby Przyjęć;
 - b) organizowanie pracy podległej komórki, a w szczególności:
 - nadzór nad zapewnieniem obsady dyżurowej lekarzy na Izbie Przyjęć;
 - opracowywanie w formie pisemnej zakresów: zadań, odpowiedzialności upoważnień i obowiązków” dla podległego personelu;
 - tworzenie opisów stanowisk podległego personelu (lekarzy);
 - nadzór nad wyznaczaniem zastępstw w razie nieobecności lekarza dyżurnego;
 - prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla podległego personelu oraz szkoleń stanowiskowych zakresu BHP;
 - prowadzenie adaptacji zawodowej nowoprzyjętych pracowników (lekarzy);
 - prowadzenie okresowej oceny podległych pracowników (lekarzy);
 - nadzorowanie pracy personelu średniego i niższego Izby Przyjęć;
 - wnioskowanie w zakresie zmian w obsadzie osobowej Izby Przyjęć;
 - kontrola i nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym Izby Przyjęć oraz przestrzeganiem przepisów BHP i Ppoż.;
 - c) organizowanie i kierowanie pracą w zakresie lecznictwa w postaci:
 - opracowywanie planów działań Izby Przyjęć na dany rok dla NFZ;
 - opracowywanie systemu przyjęć w Izbie Przyjęć (Procedura);
 - nadzór i kontrola nad wszelką prowadzoną dokumentacją w Izbie Przyjęć;
 - nadzór i kontrola nad zgodnością i prawidłowością realizacji umowy z NFZ na dany rok;
 - d) nadzór nad zapewnieniem przeprowadzenia badań każdego skierowanego pacjenta do Izby Przyjęć;
 - e) kontrolowanie procesu przyjęcia i pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć, korygowanie wszelkich nieprawidłowości;
 - f) tworzenie procedur i standardów oraz nadzór nad ich zastosowaniem w codziennej pracy;
 - g) wnioskowanie o zaopatrzenie w materiały, sprzęt, narzędzia, leki, nadzór i odpowiedzialność za ich racjonalne wykorzystanie i zużycie (szczególnie środków farmaceutycznych), oraz sporządzanie rozliczeń w w/w kwestii;
 - h) wyznaczenie osób odpowiedzialnych za użytkowanie sprzętu i aparatury w Izbie Przyjęć i przekazanie tej informacji do Działu Techniczno-Eksploatacyjnego;

- i) nadzorowanie i kontrola nad powierzonym sprzętem i aparaturą, a w razie zmian w ilości (nadwyżki lub niedoboru) sporządzanie stosownej dokumentacji i zgłaszanie do Komisji Inwentaryzacyjnej w Dziale Techniczno-Eksploatacyjnym;
- j) w razie, uszkodzeń, zniszczenia lub kradzieży powierzonego sprzętu, sporządzanie koniecznej dokumentacji wraz z opisem wydarzenia;
- k) opracowywanie sprawozdań, dokumentów dot.: ISO, raportów, danych statystycznych oraz inne koniecznej dokumentacji z zakresu działalności Izby Przyjęć i przekazywanie ich wyznaczonym komórkom w określonym terminie (Dział Analiz i Rozliczeń, Sekcja Kadr i Sekcja Płac, Dział Finansowo-Księgowy itd.);
- l) zawiadamianie Kierownika Podmiotu Leczniczego o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom sztuki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- m) uczestnictwo w zebraniach, naradach i konsultacji;
- n) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- o) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- p) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- q) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK PORADNI

§ 31

1. Kierownik Poradni podlega Ordynatorowi Oddziału.
2. Do zadań Kierownika Poradni należy:
 - a) zarządzanie całokształtem pracy Poradni oraz jej pracowników;
 - b) organizowanie pracy podległej Poradni i podległego personelu, a w szczególności:
 - wyznaczenie dziennego, tygodniowego, miesięcznego harmonogramu pracy lekarzy;
 - wyznaczenie dziennej ilości godzin pracy dla poszczególnych lekarzy w Poradni;
 - opracowywanie w formie pisemnej zakresów obowiązków dla podległego personelu;
 - wyznaczenie zastępstw w razie nieobecności lekarza;
 - kontrola aktualności badań okresowych, uprawnień i kwalifikacji podległego personelu, a w razie utraty ważności niezwłoczne zgłaszanie do Dyrektora ds. Medycznych wniosku o odsunięciu od pracy do czasu uaktualnienia w/w dokumentów;
 - kierowanie i organizowanie pracy personelu średniego i niższego;
 - wnioskowanie w zakresie zmian w obsadzie osobowej Poradni;
 - kontrola i nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym Poradni oraz przestrzeganiem przepisów BHP i Ppoż.,
 - c) organizowanie i kierowanie pracą w zakresie lecznictwa:
 - opracowywanie tygodniowych, miesięcznych, rocznych planów działań Poradni;
 - opracowywanie harmonogramów przyjęć i zabiegów;
 - nadzór i kontrola nad prowadzoną dokumentacją medyczną;
 - nadzór i kontrola nad zgodnością i prawidłowością realizacji umowy z NFZ na dany rok;
 - d) zapewnienie przeprowadzania badań każdego skierowanego pacjenta a w szczególności:
 - wstępne ustalenie rozpoznania, opis przeprowadzonych badań, zwoływanie konsultacji lekarskich;
 - wyznaczenie lekarza prowadzącego i przekazanie wszelkich informacji o pacjencie;
 - e) nadzorowanie całego procesu leczenia i prowadzonej dokumentacji pacjenta, korygowanie wszelkich nieprawidłowości;

- f) wnioskowanie o zaopatrzenie w materiały, sprzęt, narzędzia, leki, nadzór i odpowiedzialność za ich racjonalne wykorzystanie i zużycie (szczególnie środków farmaceutycznych), oraz sporządzanie rozliczeń w w/w kwestii;
- g) nadzorowanie i kontrola nad powierzonym sprzętem i aparaturą, a w razie uszkodzeń, zniszczenia lub kradzieży powierzonego sprzętu, sporządzanie koniecznej dokumentacji wraz z opisem wydarzenia;
- h) opracowywanie sprawozdań, dokumentów dot.: ISO, raportów, harmonogramów pracy, danych statystycznych oraz innej koniecznej dokumentacji z zakresu działalności Poradni i przekazywanie ich wyznaczonym komórkom w określonym terminie (Dział Analiz i Rozliczeń, Sekcja Kadr i Sekcja Płac, Dział Finansowo-Księgowy, itd.);
- i) zawiadamianie Ordynatora Oddziału, Dyrektora ds. Medycznych o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom sztuki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- j) uczestnictwo w zebraniach, naradach i konsultacjach;
- k) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- l) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- m) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- n) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

KIEROWNIK PRACOWNI

§ 32

1. Kierownik Pracowni wchodzącej w skład Oddziału podlega Ordynatorowi Oddziału, natomiast Kierownicy Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Pracowni USG oraz Pracowni Tomografii Komputerowej – Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Kierownika Pracowni należy:
 - a) zarządzanie całokształtem pracy Pracowni oraz jej pracowników;
 - b) organizowanie pracy podległej Pracowni, a w szczególności:
 - wyznaczenie dziennego, tygodniowego, miesięcznego harmonogramu pracy podległego personelu;
 - opracowywanie w formie pisemnej zakresów „zadań odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków” dla podległego personelu;
 - tworzenie opisów stanowisk dla podległego personelu;
 - sporządzanie planów urlopu, wyznaczenie zastępstw w razie nieobecności;
 - prowadzenie i nadzorowanie list obecności w Pracowni;
 - c) kontrola aktualności badań okresowych, uprawnień i kwalifikacji podległego personelu, a w razie utraty ważności niezwłoczne zgłaszanie do Dyrektora ds. Medycznych wniosku o odsunięciu od pracy do czasu uaktualnienia w/w dokumentów;
 - d) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla personelu oraz szkoleń stanowiskowych z zakresu BHP;
 - e) prowadzenie adaptacji zawodowej nowoprzyjętych pracowników;
 - f) prowadzenie okresowej oceny pracowników;
 - g) wnioskowanie w zakresie zmian w obsadzie osobowej Pracowni;
 - h) kontrola i nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym Pracowni oraz przestrzeganiem przepisów BHP i Ppoż.;
 - i) organizowanie i kierowanie pracą w zakresie leczenia:
 - opracowywanie tygodniowych, miesięcznych, rocznych planów działań Pracowni;
 - opracowywanie harmonogramów przyjęć i wykonywanych badań;
 - nadzór i kontrola nad prowadzoną dokumentacją medyczną;

- nadzór i kontrola nad zgodnością i prawidłowością realizacji umowy z NFZ na dany rok;
- j) zapewnienie przeprowadzenia badań każdego skierowanego pacjenta a w szczególności:
 - zapoznanie się dostępną dokumentacją medyczną pacjenta;
 - konsultacja z lekarzem prowadzącym;
 - wykonywanie zleconych badań;
- k) nadzorowanie całego procesu badania i prowadzonej dokumentacji w Pracowni;
- l) wnioskowanie o zaopatrzenie w materiały, sprzęt, narzędzia, leki, nadzór i odpowiedzialność za ich racjonalne wykorzystanie i zużycie (szczególnie środków farmaceutycznych), oraz sporządzanie rozliczeń w w/w kwestii;
- m) tworzenie procedur i standardów oraz nadzór nad zastosowaniem ich w codziennej pracy;
- n) przestrzeganie istniejących regulaminów, kodeksu etyki zawodowej oraz obowiązków oraz obowiązujących w służbie zdrowia przepisów;
- o) podnoszenie kwalifikacji zawodowych swoich i podległych pracowników;
- p) ponoszenie pełnej odpowiedzialności za powierzony sprzęt i aparaturę w Pracowni;
- q) nadzorowanie i kontrola nad powierzonym sprzętem i aparaturą;
- r) w razie, uszkodzeń, zniszczenia lub kradzieży powierzonego sprzętu, sporządzanie koniecznej dokumentacji wraz z opisem wydarzenia;
- s) opracowywanie sprawozdań, dokumentów dot.: ISO, raportów, harmonogramów, danych statystycznych oraz innej koniecznej dokumentacji z zakresu działalności Poradni i przekazywanie ich wyznaczonym komórkom w określonym terminie (Dział Analiz i Rozliczeń, Sekcja Kadr i Sekcja Płac, Dział Finansowo-Księgowy itd.);
- t) zawiadamianie Ordynatora Oddziału o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom sztuki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- u) uczestnictwo w zebraniach, naradach i konsultacjach;
- v) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- w) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- x) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- y) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

LEKARZ MIKROBIOLOG

§ 33

1. Lekarz Mikrobiolog podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Lekarza Mikrobiologa należy:
 - a) nadzorowanie merytoryczne pracy Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
 - b) kontrola pracy Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
 - c) realizowanie działań opisanych w instrukcjach sanitarno-epidemiologicznych systemu zarządzania jakością, przygotowywanie określonej w nich dokumentacji;
 - d) nadzorowanie dokumentacji Pielęgniarki Epidemiologicznej;
 - e) konsultowanie pacjentów z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia, w sytuacjach tego wymagających;
 - f) analizowanie czynników ryzyka zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz przedstawieniu propozycji działań zapobiegających i korygujących;
 - g) analizowanie zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń wywołanych przez patogeny alarmowe;
 - h) nadzorowanie, opracowywanie i wdrażanie procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

- i) planowanie i analizowanie wyników kontroli wewnętrznej realizacji obowiązujących procedur zapobiegania zakażeniom w szpitalu;
- j) analizowanie wyników badań mikrobiologicznych oraz lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- k) koordynowanie działań w ramach wygaszania ogniska epidemicznego;
- l) zatwierdzanie i przekazywanie Dyrektorowi ds. Medycznych raportów dotyczących bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala wymagane przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego;
- m) zgłaszanie niezwłocznie Dyrektorowi ds. Medycznych potwierdzony epidemiczny wzrost liczby zakażeń szpitalnych i sporządzanie raportów dotyczących ogniska epidemicznego wymaganych przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego;
- n) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji z zakresu kontroli zakażeń i kontroli wewnętrznej;
- o) przedstawianie efektów działalności i aktualnej sytuacji epidemiologicznej w szpitalu na spotkaniach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych nie rzadziej niż 2 razy w roku;
- p) przeprowadzanie szkoleń dla pracowników z zakresu kontroli zakażeń i pomoc w zapewnieniu dostępu do aktualnych źródeł profesjonalnej wiedzy;
- q) współpraca z towarzystwami naukowymi i organizacjami referencyjnymi dla zagadnień kontroli zakażeń związanych ze świadczeniem usług medycznych;
- r) dbanie o stałe podnoszenie kwalifikacji członków zespołu i samokształcenie;
- s) współdziałanie z administracją Szpitala w zakresie roszczeń odszkodowawczych pacjentów i personelu;
- t) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- u) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- v) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- w) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

NACZELNA PIEŁĘGNIARKA

§ 34

1. Naczelną Pielęgniarką podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:
 - a) nadzór nad profesjonalnym świadczeniem usług medycznych w zakresie pielęgniarstwa, profilaktyki i promocji zdrowia oraz nad jakością pracy w/w grup personelu, ustalanie odpowiednich norm i wskaźników jakości;
 - b) współpraca z Ordynatorami, Kierownikami Działów w sprawowaniu nadzoru merytorycznego nad organizacją pracy pielęgniarek oddziałowych, koordynujących ich zastępców, pielęgniarek zmianowych i instrumentariuszek, opiekunów, techników elektroradiologów, EKG, fizjoterapeutów, sanitariuszy;
 - c) prowadzenie działalności zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
 - d) nadzór i doradztwo w zakresie wypracowania przez podległy personel standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Podmiocie Leczniczym, a w szczególności: transportu wewnętrznego, metod i technik pracy personelu, organizacji pracy;
 - e) akceptacja zamówień na środki niezbędne do wykonywania pracy przez podległy personel pod względem merytorycznym i ilościowym;
 - f) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej przez średni i niższy personel medyczny;
 - g) wnioskowanie w sprawach obsady kadrowej, opracowywanie we współpracy z Pielęgniarkami Oddziałowymi / Koordynującymi minimalnych norm zatrudnienia i

- przedkładanie powstałych analiz Dyrektorowi ds. Medycznych celem ich zatwierdzenia;
- h) określenie kierunków polityki kadrowej podległego personelu, rozpatrywanie wniosków w zakresie przeszeregowania, kar i nagród, w tym przygotowywanych przez bezpośrednich kierowników;
 - i) nadzór nad przebiegiem i potrzebą szkoleń podległego personelu medycznego;
 - j) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Spółki w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu i jakości usług pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - k) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - l) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - m) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - n) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA / KOORDYNUJĄCA

§ 35

1. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca podlega funkcjonalnie Ordynatorowi Oddziału /Kierownikowi Bloku, Działu a pod względem merytorycznym – Naczelnej Pielęgniarce.
2. Do zadań Pielęgniarki Oddziałowej/Koordynującej należy:
 - a) organizowanie i podział pracy podległego personelu na poszczególnych stanowiskach oraz nadzór nad prawidłowym wykonywaniem powierzonych obowiązków;
 - b) nadzór nad utrzymaniem w czystości i porządku stanowisk pracy pielęgniarek, zgodnie z wymogami aseptyki oraz antyseptyki;
 - c) zaopatrywanie Oddziału/Działu/Bloku Operacyjnego w potrzebny sprzęt, leki (według zleceń lekarskich), materiały opatrunkowe, odzież, preparaty dezynfekcyjne itp. oraz racjonalna gospodarka tymi środkami;
 - d) czuwanie nad sprawnym działaniem aparatury medycznej, konserwacją narzędzi chirurgicznych, ogrzewania, oświetlenia, wody itp.,
 - e) prowadzenie ewidencji materiałów medycznych, środków pomocniczych itp.,
 - f) zaopatrywanie Oddziału/Działu/Bloku Operacyjnego w niezbędną dokumentację;
 - g) sporządzanie zapotrzebowań na sprzęt i materiały medyczne;
 - h) nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy przez podległy personel;
 - i) opracowywanie harmonogramów pracy dla podległych pracowników, zgodnie z przepisami zawartymi w Kodeksie Pracy oraz nadzór nad ich bieżącą realizacją;
 - j) nadzór nad planowaniem urlopów i organizowanie zastępstw w sytuacjach koniecznych;
 - k) przestrzeganie zasad BHP i Ppoż. oraz nadzorowanie restrykcji tych zasad przez podległy personel;
 - l) respektowanie zasad stosowania odzieży ochronnej oraz poddawania się badaniom profilaktycznym;
 - m) odpowiedzialność za powierzone mienie;
 - n) czuwanie nad przebiegiem adaptacji zawodowej nowych pielęgniarek w Oddziale;
 - o) podnoszenie kwalifikacji zawodowych swoich i podległych pracowników;
 - p) ocenianie wiedzy, umiejętności, etyki zawodowej i postaw personelu pielęgniarstwa w Oddziale/Dziale/Bloku Operacyjnego;
 - q) czuwanie nad przeprowadzaniem badań okresowych u podległych pracowników;
 - r) znajomość obowiązujących w Podmiocie Leczniczym procedur i standardów oraz nadzór nad zastosowaniem ich w codziennej pracy;
 - s) przestrzeganie istniejących regulaminów, kodeksu etyki zawodowej oraz obowiązujących w ochronie zdrowia przepisów;

- t) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - u) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - v) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - w) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.
3. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca na czas nieobecności powierza swe obowiązki Zastępczyni.
 4. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca zobowiązana jest do zachowania tajemnicy służbowej, a w szczególności do ochrony informacji o stanie zdrowia chorego i jego danych osobowych.
 5. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca ma obowiązek realizować polecenia Dyrektora ds. Medycznych, Ordynatora, Zastępcy Ordynatora Oddziału, Kierownika Bloku, Kierownika Działu, Naczelnej Pielęgniarki, które wiążą się z wykonywaną pracą, a nie są ujęte w zakresie czynności.

PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA

§ 36

1. Pielęgniarka Epidemiologiczna podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy:
 - a) organizowanie, planowanie oraz współpraca w zakresie strategii działań odnośnie do profilaktyki zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - b) nadzór i kontrola stanu sanitarno-epidemiologicznym jednostki;
 - c) nadzór i kontrola epidemiologiczna nad pracą personelu szpitalnego;
 - d) kontrola przechowywania materiałów medycznych:
 - nadzór i kontrola obszaru przestrzegania obowiązujących instrukcji i zasad postępowania;
 - kontrola metod i technik pracy personelu;
 - nadzór i kontrola szpitalnego transportu wewnętrznego i zewnętrznego;
 - kontrola sposobów segregacji odpadów i ich utylizacji;
 - nadzór i kontrola procesów dezynfekcji i sterylizacji oraz dezynsekcji i deratyzacji;
 - nadzór, kontrola i analiza wykorzystywanych środków ochrony osobistej przez personel medyczny;
 - e) określanie i analiza źródeł oraz czynników narażenia na zakażenie wśród pacjentów i personelu medycznego;
 - f) przeprowadzanie i dokumentowanie dochodzeń epidemiologicznych;
 - g) współuczestnictwo i doradztwo w planowaniu opieki nad chorym zakażonym;
 - h) nadzór i kontrola sposobu postępowania z chorym o podwyższonym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażenia;
 - i) organizacja, planowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu zakażeń szpitalnych;
 - j) współdecydowanie w sprawie remontów, inwestycji, zakupów mających wpływ na stan sanitarno-epidemiologiczny Szpitala;
 - k) aktywny udział i przewodnictwo w pracach Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych;
 - l) prowadzenie dokumentacji dotyczącej kontroli sanitarnej wewnętrznej i zewnętrznej oraz udział w kontrolach prowadzonych przez przedstawicieli stacji sanitarno-epidemiologicznych;

- m) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w sprawach związanych z działaniami epidemiologicznymi;
- n) dbałość o powierzony mienie na stanowisku pracy;
- o) zachowanie tajemnicy służbowej;
- p) ścisła współpraca z inspektorem BHP i Ppoż. w zakresie działań przeciwepidemiologicznych;
- q) nadzór nad higieną szpitalną;
- r) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- s) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- t) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- u) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

DIETETYK

§ 37

1. Dietetyk podlega Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Do zadań Dietetyka należy:
 - a) uzgadnianie diet dla poszczególnych pacjentów;
 - b) uzgadnianie diet z pielęgniarkami oddziałowym i przygotowanie diet specjalnych;
 - c) sporządzenie zamówień rodzaju diet zgodnie ze stanem zdrowia, jednostkami chorobowymi i liczbą chorych;
 - d) prowadzenie wszelkiej dokumentacji dotyczącej właściwego żywienia pacjentów;
 - e) kontrola nad pobieraniem próbek ze sporządzonych posiłków, właściwym ich znakowaniu przechowywaniu;
 - f) sporządzanie raportu diet;
 - g) zbieranie uwag od pacjentów dotyczących żywienia;
 - h) udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia, związanego z zapewnieniem usług żywienia pacjentom szpitala;
 - i) odbiór i kontrola wydawanych potraw;
 - j) karmienie ciężko chorych w sposób tradycyjny jak również przez sondę;
 - k) współpraca z pielęgniarkami w oddziale i pielęgniarką epidemiologiczną;
 - l) kontrola kucharek oddziałowych przy współpracy z pielęgniarką oddziałową;
 - m) codzienna kontrola jakości przygotowywanych posiłków oraz sprawdzanie ich gramatury przed wydaniem na oddziały szpitalne;
 - n) kontrolowanie i przestrzeganie zasad i norm sanitarno-epidemiologicznych;
 - o) propagowanie zasad racjonalnego odżywiania wśród chorych poprzez pogadanki, szkolenia oraz udzielanie im rad i wskazówek żywieniowych;
 - p) opracowanie jadłospisu – diet dla chorych wychodzących ze szpitala z uwzględnieniem jednostek chorobowych i stanu zdrowia chorego;
 - q) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - r) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - s) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - t) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

§ 38

1. Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:
 - a) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem prowadzenia działalności zgodnie z instrukcją pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w jednostce w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
 - b) sprawowanie nadzoru nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczące szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
 - c) opracowywanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedkładanie ich do zatwierdzenia Prezesowi Zarządu;
 - d) informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego;
 - e) każdorazowe wyjaśnianie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, w szczególności wyjaśnianie przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tej informacji Prezesowi Zarządu;
 - f) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej Prezesowi Zarządu;
 - g) ustalanie wyposażenia komórki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór na działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłem promieniowania jonizującego;
 - h) sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby;
 - i) sprawowanie nadzoru nad działaniem aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli znajduje się na wyposażeniu Podmiotu Leczniczego i nie wyznaczono do tego celu innej osoby;
 - j) współpraca z Inspektorem ds. BHP i Ppoż., Pełnomocnikiem ds. Systemu Zarządzania jakością, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
 - k) wydawanie Prezesowi Zarządu opinii w zakresie ochrony radiologicznej przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;
 - l) występowanie do Prezesa Zarządu z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub wymagania bezpieczeństwa jądrowego;
 - m) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie Spółki zaistnieje zdarzenie radiacyjne;
 - n) sprawowanie nadzoru nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w sytuacji przekształcenia Podmiotu Leczniczego, zakończenia działalności oraz informowanie

- organu, który wydał zezwolenie o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie;
- o) sprawdzenie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do Prezesa Zarządu;
 - p) występowanie do Prezesa Zarządu z wnioskami o wprowadzenie zmian w instrukcji pracy;
 - q) występowanie do Prezesa Zarządu o organizację szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej i pilnowanie terminów ich ważności;
 - r) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - s) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - t) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - u) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.
 - v) na wniosek Prezesa Zarządu:
 - wydawanie opinii na temat urządzeń mających wpływ na ochronę radiologiczną przed dopuszczeniem ich do stosowania;
 - wydawanie opinii na temat dopuszczenia do stosowania nowych lub zmodyfikowanych źródeł promieniowania jonizującego z punktu widzenia ochrony radiologicznej;
 - sprawdzanie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem;
 - sprawdzanie częstotliwości wzorcowania przyrządów pomiarowych, sprawdzanie ich sprawności i właściwego użytkowania;

ASYSTENT ZARZĄDU

§ 39

1. Asystent Zarządu podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Asystenta Zarządu należy:
 - a) obsługa administracyjna Zarządu;
 - b) obsługa administracyjna Rady Nadzorczej;
 - c) koordynowanie działań aktualizujących akty organizacyjne, a w szczególności Akt Założycielski Spółki z obowiązującymi przepisami prawa;
 - d) prowadzenie rejestru udziałów w Spółce, księgi Uchwał Zarządu, Rady Nadzorczej a także rejestru pełnomocnictw i upoważnień;
 - e) we współdziałaniu z Obsługą Prawną Spółki współuczestniczenie w przygotowaniu, uzgodnieniu i wprowadzaniu projektów wewnętrznych aktów prawnych, zgodnie z decyzjami Zarządu, w uzgodnieniu z osobami merytorycznie odpowiedzialnymi;
 - f) sprawowanie nadzoru nad terminową realizacją zadań i przedsięwzięć wynikających z zarządzeń i innych dokumentów zawierających decyzje Zarządu Spółki;
 - g) praca z zakresu organizacji Spółki: opracowywanie, ewidencja i aktualizacja aktów organizacyjnych Spółki;
 - h) prowadzenie dokumentacji związanej z organizacją Spółki;
 - i) obsługa ewidencji sprawozdawczej badań naukowych oddziałów klinicznych,
 - j) obsługa korespondencji pocztowej, elektronicznej, w tym w usłudze e-Doręczenie i ePUAP;
 - k) obsługa i prowadzenie w Spółce platformy ochrony Sygnalistów zgodnie z dyrektywą Unijną i przyjętymi procedurami i rozwiązaniami;
 - l) nadzorowanie spraw związanych z obrotem pieczętkami używanymi w Spółce.

SEKRETARIAT ZARZĄDU

§ 40

1. Sekretariat Zarządu obsługuje Sekretarka;
2. Sekretarka podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
3. Do zadań Sekretarki Zarządu – należy:
 - a) kompleksowa obsługa Sekretariatu Zarządu;
 - b) ewidencja wydawanych zarządzeń, poleceń i wytycznych podpisanych przez Zarząd,
 - c) ewidencja zarządzeń, regulaminów, dokumentów prawnych obowiązujących w Szpitalu i właściwe ich przechowywanie;
 - d) przygotowywanie materiałów i dokumentów na spotkania organizowane przez Zarząd, Dyrektora ds. Medycznych oraz Dyrektora ds. Administracyjno-Personalnych;
 - e) prowadzenie zleconego przez Zarząd, Dyrektora ds. Medycznych oraz Dyrektora ds. Administracyjno-Personalnych terminarza spraw załatwionych i omówionych;
 - f) prowadzenie książki kontroli zewnętrznej, nadzór nad dokumentacją kontroli i ewidencja pism poufnych;
 - g) współpraca z Obsługą Prawną w zakresie korespondencji i załatwianie spraw organizacyjno-prawnych, ewidencja korespondencji i toczących się postępowań sądowych, nadzór nad realizacją zadań przez komórki organizacyjne w zakresie spraw prawnych.

PEŁNOMOCNIK ds. SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I AKREDYTACJI

§ 41

1. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością podlega Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością i Akredytacji należy:
 - a) nadzór nad funkcjonowaniem, rozwojem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji w Szpitalu;
 - b) nadzór nad dokumentacją systemową, aktualizacją Księgi Zarządzania Jakością, procedurami jakości i wszelkimi instrukcjami;
 - c) ciągła analiza funkcjonowania systemu zarządzania i podnoszenie jego efektywności;
 - d) sterowanie i rozwiązywanie problemów związanych z systemem zarządzania jakością ISO i Akredytacji;
 - e) nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji;
 - f) udział w tworzeniu Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem
 - g) Nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem
 - h) przedstawienie Zarządowi Spółki sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji i wszelkich potrzeb związanych z jego funkcjonowaniem;
 - i) stałe upowszechnianie wśród pracowników wiedzy dotyczącej wymagań związanych z systemem zarządzania jakością ISO i Akredytacji w kierunku podniesienia ich świadomości w tym zakresie;
 - j) współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie funkcjonowania i doskonalenia systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji;
 - k) inicjowanie szkoleń dla pracowników dotyczących systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji;

- l) planowanie i nadzorowanie przebiegów audytów wewnętrznych systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji;
- m) uczestnictwo i współpraca z jednostką certyfikującą w zakresie funkcjonowania i doskonalenia systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji oraz w zakresie przeprowadzania audytów zewnętrznych ISO i Akredytacji;
- n) nadzorowanie pracy zespołu audytorów oraz zespołów pracowniczych powołanych w Szpitalu, których działanie wpływa na funkcjonowanie systemu zarządzania jakością ISO i Akredytacji;
- o) monitoring i nadzór nad występowaniem niezgodności oraz nad działaniami zapobiegawczymi i korygującymi;
- p) nadzór nad monitorowaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej określonych w szpitalu (zgodnie z zakresem zadań);
- q) podejmowanie zadań zgodnych z normą PN-EN ISO 9001 i Akredytacji;
- r) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- s) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- t) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- u) przestrzeganie przepisów i zasad BHP, przepisów przeciwpożarowych, oraz podstawowych obowiązków pracowniczych.

SZPITALNY PEŁNOMOCNIK DS. PRAW PACJENTA

§ 42

1. Szpitalny Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Szpitalnego Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:
 - a) czuwanie nad przestrzeganiem praw Pacjenta w Szpitalu;
 - b) przyjmowanie zażaleń, skarg, ewentualnych wniosków oraz pochwał od Pacjentów lub członków ich rodzin;
 - c) rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez Pacjentów i członków ich rodzin;
 - d) stały monitoring realizacji praw Pacjentów;
 - e) prowadzenie okresowych analiz skarg;
 - f) zapewnienie Pacjentom i ich ustawowym przedstawicielom dostępu do informacji prawnej i wskazania trybu interwencji w przypadku naruszenia praw pacjenta;
 - g) podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacji tego wymagających związanych z realizacją praw Pacjenta;
 - h) udzielanie pomocy w sporządzaniu i złożeniu zażalenia do Prezesa Zarządu;
 - i) współpraca z Ordynatorami Oddziałów i Kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie przestrzegania praw Pacjenta;
 - j) rozpatrywanie oraz udzielanie odpowiedzi na wpływające pytania i sprawy z zakresu praw Pacjenta;
 - k) prowadzenie okresowych spotkań kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w zakresie zagadnień realizacji praw Pacjenta w podmiotach leczniczych;
 - l) rolą jego jest udzielanie pomocy Pacjentom, według których w trakcie korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital zostały naruszone ich fundamentalne prawa;
 - m) prowadzenie ewidencji skarg i wniosków kierowanych do Zarządu Spółki;
 - n) prowadzenie badania opinii pacjentów.

PEŁNOMOCNIK DS. ROZWOJU

§ 43

1. Pełnomocnik ds. Rozwoju podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Rozwoju należy:
 - a) koordynacja działań mających na celu pozyskanie dodatkowych funduszy publicznych i prywatnych;
 - b) koordynowanie, przygotowanie, realizowanie i rozliczanie programów, grantów, dotacji oraz form dofinansowania wymagających podjęcia działań;
 - c) koordynacja przygotowania programów w celu pozyskania środków z funduszy krajowych i unijnych;
 - d) nawiązanie i realizacja współpracy instytucjami oferującymi wsparcie materialne niezależnie od formy, w tym wyliczenie przykładowe:
 - PFRON;
 - Departamentem Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego;
 - Departamentem Europejskiego Funduszu Społecznego Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego;
 - Śląskim Centrum Przedsiębiorczości;
 - organami administracji rządowej i samorządowej, których kompetencje dotyczą możliwości udzielenia Spółce pomocy materialnej;
 - uczestnictwo w komisjach (posiedzeniach) Rady ds. Funduszy;
 - koordynacja przygotowania dokumentacji potrzebnej dla realizacji powierzonych zadań odpowiadając za jej kompletność, terminowość, dokładność rzetelność;
 - prowadzenie sprawozdawczości na wszystkich etapach realizacji projektów dotyczących dofinansowania;
 - współudział w dokonywaniu oceny i ustalaniu obszarów poprawy jakości procedur w Spółce;
 - wsparcie merytoryczne przy modyfikacji niezbędnych procedur akredytacyjnych;
 - wsparcie w opracowywaniu materiałów niezbędnych w procesie akredytacji w tym procedur, regulaminów, informatorów itp.;
 - kierowanie tworzeniem, nadzór nad realizacją i ciągłą aktualizacją „Strategicznego Planu Rozwoju Szpitala”;

PEŁNOMOCNIK DS. INFORMATYZACJI I CYBERBEZPIECZEŃSTWA

§ 44

1. Pełnomocnik ds. Informatyki i Cyberbezpieczeństwa podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zakresu zadań Pełnomocnika ds. Informatyzacji i Cyberbezpieczeństwa należy:
 - a) zarządzanie ryzykiem, weryfikacja czy poziom zarządzania ryzykiem jest adekwatny do potencjalnych zagrożeń w obszarze całej infrastruktury informatycznej;
 - b) współudział w akceptacji oraz wdrażaniu działań naprawczych wynikających z szacowania ryzyka oraz zaistniałych incydentów cyberbezpieczeństwa;
 - c) nad administrowaną siecią informatyczną w zakresie poprawności jej funkcjonowania, aktualizowanie oprogramowania oraz wdrażanie i aktualizacja zabezpieczeń;
 - d) kompleksowe prace związane ze zmianą, rozszerzeniem lub instalacją sieci na terenie Szpitala, projektowanie sieci, konsultowanie z Kierownikami Komórek Organizacyjnych Szpitala w szczególności Kierownikiem Sekcji Informatyki;

- e) prowadzenie i koordynowanie działań mających na celu podnoszenie świadomości w zakresie zagrożeń cyberbezpieczeństwa;
 - f) nadzór nad administracją serwerami w zakresie poprawności ich funkcjonowania, aktualizowania oprogramowania oraz wdrażanie i aktualizacja zabezpieczeń;
 - g) nadzór na organizacją przetargów w zakresie całej infrastruktury informatycznej, serwerów i oprogramowania;
 - h) bieżąca aktualizacja wszystkich programów wykorzystywanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala zgodnie z zmieniającymi się przepisami i wymogami wyższych instytucji;
 - i) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie ochrony dostępu do zasobów IT;
 - j) działanie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r (Dz.U.2018 poz.1000);
 - k) realizowanie obowiązków Administratora Systemu Informatycznego w wyznaczonym przez IODO zakresie działania dotyczącym informatycznego przetwarzania danych;
 - l) wykonywanie innych poleceń przełożonego nie będących w sprzeczności z posiadanymi kwalifikacjami i wykształceniem.
3. Do zakresu odpowiedzialności Pełnomocnika ds. Informatyzacji i Cyberbezpieczeństwa należy ponoszenie odpowiedzialności za przydzielony zakres zadań a w szczególności za:
- a) nadzór nad administrowaną siecią informatyczną w zakresie poprawności jej funkcjonowania, aktualizowanie oprogramowania, wdrażania i aktualizację zabezpieczeń;
 - b) kompleksowe prace związane z siecią informatyczną w Szpitalu;
 - c) bieżące dbanie o stan techniczny urządzeń, bieżącą aktualizację programów w komórkach organizacyjnych Szpitala;
 - d) archiwizację baz danych;
 - e) działanie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r (Dz. U. 2018 poz.1000 z póź. zm);
 - f) realizację obowiązku ASI;
 - g) informowanie Prezesa Zarządu o możliwościach wprowadzenia zmian, modyfikacji, ulepszeń sieci informatycznej.
4. Pracownik ponosi odpowiedzialność za podejmowane decyzje lub ich brak w zakresie przydzielonych zadań oraz za wszystkie inne zadania związane z zajmowanym stanowiskiem zlecone przez przełożonego, a nie objętym w zakresie obowiązków.
5. Do zakresu uprawnień Pełnomocnika ds. Informatyzacji i Cyberbezpieczeństwa należy:
- a) zgłaszanie wszelkich problemów i nieprawidłowości przełożonym;
 - b) informowanie o możliwościach wprowadzania zmian, modyfikacji, ulepszeń w celu efektywniejszego wykorzystania systemu;
 - c) modyfikowanie stanowiska pracy w celu polepszenia jakości pracy;
 - d) podnoszenie kwalifikacji poprzez szkolenia zewnętrzne, wewnętrzne i samokształcenie.

PEŁNOMOCNIK DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

§ 45

1. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych podlega Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy w szczególności:
 - a) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego;

- b) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne;
- c) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka i zastosowanie odpowiednich zabezpieczeń wynikających z tego szacowania;
- d) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;
- e) opracowywanie i aktualizowanie planu ochrony informacji niejawnych, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji,
- f) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych;
- g) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających;
- h) prowadzenie wykazu osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto;
- i) przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, danych osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa;
- j) ewidencjonowanie i archiwizowanie akt postępowań sprawdzających;
- k) zapewnienie obsługi kancelaryjnej informacji niejawnej.

§ 46

1. Komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy Spółki zobowiązane są do współdziałania w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-terapeutycznym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym oraz finansowym i administracyjno-gospodarczym.

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

§ 47

1. Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do obowiązków Inspektora Ochrony Danych należy:
 - a) organizacja bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z wymogami ustawy z dnia 10 maja 2019 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zmianami) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE z dnia 4.5.2016 r. L119/1 z późn. zmianami);
 - b) wykonywanie obowiązków wynikających z art. 39 w/w ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
 - c) wydawanie zaleceń i rekomendacji w celu zapewnienia przetwarzania danych zgodnie z przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi;
 - d) prowadzenie i nadzorowanie prowadzenia dokumentacji z zakresu ochrony danych osobowych;
 - e) rejestracja wydawanych i anulowanych Upoważnień do przetwarzania danych osobowych;
 - f) prowadzenie Ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych;

- g) prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych;
 - h) nadzór nad bezpieczeństwem danych osobowych;
 - i) kontrola działań komórek organizacyjnych pod względem zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych;
 - j) inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć w zakresie doskonalenia ochrony danych osobowych w Spółce.
3. Inspektor Ochrony Danych ma prawo do:
- a) wyznaczania, rekomendowania i egzekwowania wykonania zadań związanych z ochroną danych osobowych w całej organizacji;
 - b) wstępu do pomieszczeń, w których zlokalizowane są zbiory danych i przeprowadzania niezbędnych badań lub innych czynności kontrolnych w celu oceny zgodności przetwarzania danych z przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi Spółki;
 - c) żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego;
 - d) żądać okazania dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z problematyką kontroli;
 - e) żądać udostępniania do kontroli urządzeń, nośników oraz systemów informatycznych służących do przetwarzania danych.

INSPEKTOR BHP

§ 48

1. Inspektor BHP podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Inspektora BHP należy:
 - a) bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi przepisami na zajmowanym stanowisku i stosowanie ich w praktyce;
 - b) bieżące kontrolowanie aktualności koniecznych uprawnień i badań;
 - c) prowadzenie ewidencji przydziału odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej;
 - d) coroczne sprawozdania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2004 w sprawie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy;
 - e) działanie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 września 1997r (Dz.U. z 1997 r. nr 109 poz. 704 z późn.zm.) w tym w szczególności:
 - przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę;
 - bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
 - sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
 - przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;

- 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;
- opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
- udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
- prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w tym zakupu i doboru odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej;
- udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
- doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
- współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
- współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich pracowników, wystawienie skierowań z określeniem zagrożeń na danym stanowisku pracy, prowadzenie rejestru badań okresowych;
- 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;
- uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy;
- inicjowanie i rozwijanie na terenie Szpitala różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii;
- sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;

3. Przestrzeganie przepisów i zasad BHP, przepisów przeciwpożarowych oraz podstawowych obowiązków pracowniczych.
4. Do zakresu odpowiedzialności Inspektora ds. BHP należy ponoszenie odpowiedzialności za przydzielony zakres zadań a w szczególności za:
 - a) działanie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 września 1997r /Dz.U.Nr 109, poz. 704 z póź. zm./;
 - b) kontrolę nad aktualnością szkoleń z zakresu BHP oraz badań lekarskich i współpracy w tym zakresie z lekarzem Medycyny Pracy, Kierownikami komórek organizacyjnych;
 - c) prowadzenie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganiem przepisów BHP i sporządzanie analiz;
 - d) udział w ustalaniu okoliczności wypadków przy pracy, tworzenie i prowadzenie dokumentacji wypadkowej;
 - e) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego;
 - f) prowadzenie ewidencji odzieży roboczej, obuwia i środków ochrony indywidualnej;
 - g) prowadzenie sprawozdawczości dla potrzeb komórek organizacyjnych Szpitala i Instytucji Zewnętrznych;
5. Inspektor ds. BHP ponosi odpowiedzialność za podejmowane decyzje lub ich brak w zakresie przydzielonych zadań oraz za wszystkie inne zadania związane zajmowanym stanowiskiem zlecone przez przełożonego, a nie objętym w w/w zakresie.
6. Do zakresu uprawnień Inspektora BHP należy:
 - a) przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy;
 - b) występowanie do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - c) występowanie do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - d) występowanie do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - e) niezwłocznego wstrzymania pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób;
 - f) niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej;
 - g) niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób;
 - h) wnioskowania do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób;
 - i) modyfikowanie stanowiska pracy w celu polepszenia jakości pracy;
 - j) podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez udział w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych oraz samokształcenia.

INSPEKTOR OCHRONY PPOŻ.

§ 49

1. Inspektor Ochrony PPOŻ. podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Inspektora BHP i Ochrony Ppoż. należy:
 - a) opracowanie i aktualizacja instrukcji bezpieczeństwa pożarowego;
 - b) prowadzenie kontroli wewnętrznych stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego w Szpitalu;
 - c) planowanie, organizacja i nadzorowanie wykonania kontroli sprzętu, urządzeń i systemów PPOŻ.;
 - d) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczaniem, sprawnością sprzętu i konserwacją sprzętu PPOŻ.;
 - e) ustalanie sposobów postępowania na wypadek powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia;
 - f) okresowa organizacja oraz nadzór wykonania próbnej ewakuacji;
 - g) doradztwo w zakresie ochrony przeciwpożarowej dotyczące w szczególności:
 - przestrzegania przeciwpożarowych wymagań techniczno-budowlanych, instalacyjnych i technologicznych;
 - wyposażenia budynku, obiektu budowlanego lub terenu w wymagane urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice;
 - zapewnienia osobom przebywającym w budynku, obiekcie budowlanym lub na terenie, bezpieczeństwa i możliwość ewakuacji;
 - przygotowania budynku, obiektu budowlanego lub terenu do prowadzenia akcji ratowniczej;
 - h) współpraca z Inspektorem BHP w zakresie szkolenia ppoż. pracowników;
 - i) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - j) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - k) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - l) przestrzeganie przepisów i zasad BHP, przepisów przeciwpożarowych oraz podstawowych obowiązków pracowniczych;
 - m) przestrzeganie tajemnicy służbowej, państwowej oraz tajemnicy o ochronie danych osobowych;
 - n) stosowanie się do poleceń przełożonych dotyczących pracy, jeżeli nie jest to sprzeczne z przepisami prawa lub umowy o pracę;
 - o) prowadzenie sprawozdawczości z zakresu ochrony PPOŻ. dla potrzeb komórek organizacyjnych Szpitala i Instytucji Zewnętrznych.
1. Inspektor Ochrony PPOŻ. ponosi odpowiedzialność za podejmowane decyzje lub ich brak w zakresie przydzielonych zadań oraz za wszystkie inne zadania związane zajmowanym stanowiskiem zlecone przez przełożonego, a nieobjętym w w/w zakresie.
2. Do zakresu uprawnień Inspektora Ochrony PPOŻ. należy:
 - a) przeprowadzenie kontroli poszczególnych komórek Szpitala w zakresie przestrzegania w nich wymagań w zakresie ochrony przeciwpożarowej;
 - b) występowanie do osób kierujących pracownikami z wnioskiem o usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości;
 - c) wnioskowanie do pracodawcy o ukaranie karą porządkową pracowników, którzy swoim zachowaniem stwarzają zagrożenie pożarowe w Szpitalu.

SPECJALISTA DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ

§ 50

3. Specjalista ds. Obronnych i Obrony Cywilnej podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
4. Funkcjonuje w oparciu o opracowany Plan Przygotowań Podmiotu Leczniczego na potrzeby obronne państwa, uzgodniony z Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności Urzędu Miasta Zabrze, Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego i zatwierdzony przez Zarząd Spółki.
5. Do zadań Specjalisty ds. Obronnych i Obrony Cywilnej należy:
 - a) ścisła współpraca z Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności Urzędu Miasta Zabrze oraz Wydziałem Zarządzania Kryzysowego Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego w przedmiocie uzgadniania Planu Przygotowań Spółki na potrzeby obronne państwa;
 - b) opracowanie i uaktualnianie Planu Przygotowań Spółki na potrzeby obronne państwa;
 - c) bieżące prowadzenie i uaktualnianie wykazu osób reklamowanych od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji w czasie wojny zatrudnionych w Spółce niezbędnych do jej funkcjonowania;
 - d) prowadzenie przeszkolenia pracowników obsady posterunku alarmowania PAL i stałego dyżuru oraz innych osób i komórek Szpitala biorących udział w realizacji wyznaczonych zadań;
 - e) przyjmowanie, przechowywanie i zapewnienie zgodnego z prawem i wymogami obiegu dokumentów niejawnych i zastrzeżonych;
 - f) współpraca ze wszystkimi komórkami Spółki w zakresie zadań obronnych;
 - g) wykonywanie innych zadań i poleceń zleconych przez Zarząd Spółki z zakresu spraw obrony cywilnej i obronności państwa;
 - h) w ramach zestawu zadań Obrony Cywilnej realizowanych przez jednostki organizacyjne na terenie Szpitala Specjalistycznego w Zabrzu Sp. z o.o.;
 - i) organizowanie i nadzorowanie pracy posterunku alarmowania PAL;
 - j) organizowanie i nadzorowanie pracy Stałego Dyżuru uruchamianego na potrzeby podwyższonej gotowości obronnej państwa i funkcjonowania systemu stałych dyżurów w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego oraz mieście Zabrze;
 - k) nadzorowanie i raportowanie pracy Stałego Dyżuru uruchamianego w ramach ćwiczeń przeprowadzanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego oraz miasto Zabrze;
 - l) w ramach zadań wykonywanych przez Szpital na potrzeby obronne państwa sprawowanie nadzoru nad świadczeniami osobistymi i rzeczowymi na rzecz obrony;
 - m) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
 - n) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
 - o) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
 - p) przestrzeganie przepisów i zasad BHP, przepisów przeciwpożarowych, oraz podstawowych obowiązków pracowniczych.

OBSŁUGA PRAWNA

§ 51

1. Obsługa Prawna podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki;
2. Do zadań Obsługi Prawnej należy:

- a) świadczenie pomocy prawnej poprzez udzielanie wyjaśnień w zakresie stosowania prawa oraz opinii i porad prawnych obejmujących następujące kategorie spraw:
 - opiniowanie pod względem formalno-prawnym projektów niżej wymienionych aktów prawnych Spółki i ich zmian:
 - Aktu Założycielskiego Spółki;
 - Regulaminów komórek organizacyjnych Spółki;
 - Regulaminu Organizacyjnego;
 - Regulaminu Pracy;
 - Regulaminu Wynagradzania;
 - Regulaminu Świadczeń Socjalnych;
 - Uchwał Rady Nadzorczej;
 - b) opiniowanie pod względem legalności projektów innych aktów prawnych wewnątrzzakładowych;
 - c) opiniowanie pod względem formalno-prawnym projektów umów cywilno-prawnych zawieranych przez Spółkę lub wprowadzania zmian w/w umów;
 - d) porady w zakresie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych,
 - e) opiniowanie projektów dokumentów wnoszonych do organu założycielskiego w sprawie rozporządzenia mieniem Spółki.
3. Występowanie w charakterze pełnomocnika w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.
 4. Sporządzanie opinii prawnych w zakresie bieżącej działalności Spółki.
 5. Zapewnianie pomocy prawnej podczas rokowań i negocjacji prowadzonych przez Spółkę.
 6. Wydawanie opinii prawnej dotyczącej w szczególności:
 - a) wydania aktu prawnego o charakterze ogólnym;
 - b) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym;
 - c) rozwiązania z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia;
 - d) odmowy uznania zgłoszonych roszczeń;
 - e) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi;
 - f) zawarcia ugody w sprawach majątkowych;
 - g) umorzenia wierzytelności;
 - h) zawiadomienia organu powołanego do ścigania przestępstw o stwierdzeniu przestępstwa ściganego z urzędu.
 7. Radca Prawny nie jest związany poleceniem, co do treści opinii prawnej.
 8. Samodzielnie prowadzenie spraw przed organami, dbając o należyte wykorzystanie przewidzianych przez prawo środków dla ochrony uzasadnionych interesów Spółki.

PSYCHOLOG

§ 52

1. Psycholog podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki.
2. Do zadań Psychologa należy:
 - a) adaptacja pacjenta do warunków szpitalnych;
 - b) prowadzenie konsultacji, wywiadów z personelem lekarskim i pielęgniarskim na temat pacjentów;
 - c) prowadzenie konsultacji wywiadów z rodziną pacjentów;

- d) analizowanie stanu psychicznego wskazanych pacjentów;
- e) przeprowadzanie analiz, konsultacji, badań testowych wskazanych pacjentów;
- f) wraz z lekarzem prowadzącym analiza wyników badań testowych pacjentów;
- g) informowanie rodziny o stanie psychicznym i udzielanie instruktażu w celu właściwego postępowania z chorym;
- h) przygotowywanie pacjenta do zabiegu;
- i) opieka psychologiczna nad pacjentem po zabiegu;
- j) prowadzenie zajęć grupowych dla pacjentów;
- k) prowadzenie zajęć psychoedukacyjnych dla rodzin pacjentów;
- l) sporządzanie opinii na życzenie lekarza prowadzącego;
- m) tworzenie procedur akredytacyjnych i standardów w zakresie przydzielonych zadań;
- n) prowadzenie dokumentacji medycznej oraz statystyki medycznej;
- o) przestrzeganie obowiązujących w Podmiocie Leczniczym procedur i standardów oraz nadzór nad zastosowaniem ich w codziennej pracy;
- p) przestrzeganie istniejących regulaminów, kodeksu etyki zawodowej oraz obowiązujących w ochronie zdrowia przepisów;
- q) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych;
- r) podnoszenie kwalifikacji zawodowych;
- s) przestrzeganie ustalonego w Spółce czasu pracy i jego efektywne wykorzystanie;
- t) sumienne i staranne wykonywanie obowiązków;
- u) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Spółce porządku;
- v) przestrzeganie obowiązujących na terenie Szpitala przepisów i procedur w szczególności dotyczących BHP i PPOŻ. oraz o ochronie danych osobowych.

ROZDZIAŁ VI

ORGANIZACJA, ZADANIA I WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SPÓŁKI

A. ORGANIZACJA I ZADANIA MEDYCZNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

ODDZIAŁY SZPITALNE

§ 53

1. Oddział Szpitalny jest medyczną komórką organizacyjną Spółki.

§ 54

1. Zadaniem Oddziału, poza działalnością leczniczą, jest również profilaktyka i promocja zdrowia, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy, kształcenie osób wykonujących zawody medyczne, uczestnictwo w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, a także pełnienie funkcji konsultacyjnych dla innych podmiotów, współpraca z komórkami organizacyjnymi Podmiotu Leczniczego w zakresie zabezpieczenia funkcjonowania Oddziału.

§ 55

1. Plan pracy lekarzy zatrudnionych w Oddziale ustala Ordynator Oddziału.

2. Plan pracy pozostałego personelu Oddziału ustala Pielęgniarka Oddziałowa lub Koordynująca i jest on zatwierdzany przez Naczelną Pielęgniarkę i Dyrektora ds. Medycznych.

§ 56

1. Po godzinach ordynacji Oddziału / Działu opiekę lekarską zapewniają lekarze zgodnie z planem dyżurów ustalonym przez Ordynatora / Kierownika Oddziału / Działu, zaakceptowanym przez Dyrektora ds. Medycznych i zatwierdzonym przez Prezesa Zarządu.

§ 57

1. Pielęgniarki Oddziałowe i Koordynujące zatrudnione są w systemie jednozmianowym. Pozostały personel pielęgniarski pracuje zgodnie z ustalonym harmonogramem i trybem zatrudnienia.

§ 58

1. U pacjentów przyjmowanych w trybie planowym badania w celu ustalenia rozpoznania, jak również leczenie rozpoczyna się po przyjęciu do Oddziału.
2. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze, zależnie od stanu zdrowia są przeprowadzani, przewożeni na wózkach, przenoszeni na noszach przez personel lub przewożeni środkami transportu sanitarnego na koszt Podmiotu Leczniczego lub przy udziale własnym w kosztach przejazdu w sytuacjach określonych odrębnymi przepisami.

§ 59

1. 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, pacjentowi, w tym małoletniemu, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowemu przedstawicielowi udziela wyłącznie:
 - a) Ordynator Oddziału;
 - b) Lekarz Prowadzący;
 - c) Lekarz Dyżurny.

§ 60

1. W razie stwierdzenia choroby zakaźnej lub jej podejrzenia, lekarz dyżurny danego Oddziału ma obowiązek zgłoszenia tego przypadku w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

§ 61

1. Lekarz, który przy badaniu pacjenta powźmie uzasadnione podejrzenie, że stan zdrowia pacjenta jest wynikiem czynu przestępczego ma obowiązek bezzwłocznie powiadomić o tym fakcie Policję.

§ 62

1. W dniu wypisu pacjent otrzymuje „Kartę informacyjną leczenia szpitalnego”, zawierającą informację o dalszym sposobie leczenia oraz w razie potrzeby zwolnienie lekarskie oraz receptę na zaordynowane leki.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor ds. Medycznych lub lekarz przez niego upoważniony

może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, który zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.

3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 63

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane na oddziałach poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 64

1. Oddziały szpitalne prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

BLOK OPERACYJNY

§ 65

1. Blok Operacyjny rozmieszczony w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej oraz Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala.
2. Osobą odpowiedzialną za organizację pracy Bloku Operacyjnego jest Ordynator właściwego Oddziału, na którym znajdują się sale operacyjne. Na co dzień blokiem kieruje Ordynator Oddziału, na którym znajdują się sale operacyjne wraz z Pielęgniarką Koordynującą Bloku Operacyjnego, działający w ścisłej współpracy z Kierownikiem Działu Anestezjologii.

§ 66

1. Personel Bloku Operacyjnego tworzą:
 - a) personel stały - lekarze anestezjologicy, pielęgniarki operacyjne, pielęgniarki anestezjologiczne;
 - b) personel zmienny - lekarze chirurdzy różnych specjalności, lekarze otolaryngologii/laryngologii, stażyści, studenci, uczestnicy kursów doskonalących, kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych.

§ 67

1. Na Bloku Operacyjnym:
 - a) przeprowadzane są zabiegi operacyjne, znieczulenia pacjentów i inne procedury do których wykonania niezbędne są warunki bloku operacyjnego;
 - b) przyjmowane są zgłoszenia do planowych zabiegów operacyjnych (do godz. 15.00 dnia poprzedniego) i planowane zabiegi operacyjne na dany dzień w porozumieniu z właściwym Ordynatorem Oddziału;
 - c) ustalane składy zespołów operacyjnych;
 - d) realizowane jest przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych zgodnie z procedurą;

- e) realizowana jest stała kontrola parametrów życiowych w trakcie trwania znieczulenia;
- f) realizowane jest wybudzanie pacjenta i opieka nad nim do chwili przekazania na oddział.
- g) prowadzone jest wypełnianie dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji obowiązującej na Bloku Operacyjnym.

§ 68

1. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie ciągłego pogotowia operacyjnego i tak zorganizowany, aby w razie nagłej potrzeby był zapewniony:
 - a) personel pielęgniarski operacyjny, pielęgniarka anestezjologiczna);
 - b) bielizna operacyjna;
 - c) sprzęt medyczny.
2. Blok Operacyjny musi być gotowy do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze, za co odpowiada Ordynator Oddziału (odpowiednio Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej lub Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej) oraz Pielęgniarka Koordynująca Bloku.

§ 69

1. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się na sali operacyjnej jest podporządkowany: w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania operacji – lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania, bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta – lekarzowi anestezjologowi.
2. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zbiegów mają tylko osoby upoważnione.

§ 70

1. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego harmonogramu, który powinien być umieszczony na tablicy z podanym imieniem i nazwiskiem chorego, numerem PESEL, numerem sali, na której leży, rozpoznaniem jednostki chorobowej, rodzajem przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, wyznaczonym zespołem operacyjnym oraz rodzajem znieczulenia.
2. Wszystkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą właściwego Ordynatora Oddziału lub osoby upoważnionej.

§ 71

1. Na Bloku Operacyjnym należy prowadzić indywidualną i zbiorczą dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

§ 72

1. Dokładne sporządzenie opisów wykonanych zabiegów operacyjnych powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji. Opis zabiegu sporządza lekarz operujący.

§ 73

1. Pacjent przed zabiegiem operacyjnym powinien być odpowiednio przygotowany psychicznie i fizycznie.
2. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać przed rozpoczęciem operacji i upewnić się czy chory, bądź jego rodzina lub opiekunowie wyrazili zgodę na planowany zabieg operacyjny oraz czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania takiej zgody.
3. Po zakończeniu zabiegu operacyjnego pacjent powinien być przekazany przez personel sali operacyjnej lub personel anestezjologiczny pod opiekę oddziału i pozostawać pod stałą kontrolą lekarską.
4. Wszystkie zalecenia lekarskie powinny być odnotowane w historii choroby.

§ 74

1. W razie śmierci pacjenta podczas zabiegu operacyjnego lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zajściu Dyrektora ds. Medycznych.

§ 75

1. Personel Bloku Operacyjnego jest zobowiązany zachować w tajemnicy wszystkie zasłyszane lub zaobserwowane wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.

§ 76

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane na Bloku Operacyjnym poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

IZBA PRZYJĘĆ

§ 77

1. Przyjęcie pacjenta do leczenia szpitalnego odbywa się w szpitalnej Izbie Przyjęć.
2. Do zadań Izby Przyjęć należy:
 - a) badanie pacjentów zgłaszających się do Szpitala;
 - b) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
 - c) udzielenie pomocy doraźnej pacjentom, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia, lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w terminie późniejszym;
 - d) zawiadomienie rodziny i Policji o przyjęciu poszkodowanych w wypadkach;
 - e) zawiadomienie Policji o przyjęciu pacjenta w przypadku, gdy niemożliwe jest ustalenie jego tożsamości;
 - f) powiadamianie rodziny lub opiekunów w przypadku:
 - przyjęcia pacjenta niepełnoletniego bez ich wiedzy;
 - przyjęcia pacjenta w trybie nagłym bez względu na wiek;
 - zgonu, który miał miejsce na Izbie Przyjęć;
 - g) współpraca z Oddziałami szpitalnymi i Pracowniami diagnostycznymi, prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej

w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

§ 78

1. Izba Przyjęć zapewnia całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia w zakresach kontraktowanych w trybie hospitalizacji.
2. Z zakresu kardiologii, świadczeń udzielają lekarze kardiolodzy pełniący w Izbie Przyjęć całodobowe dyżury lekarskie we wszystkie dni tygodnia.
3. W pozostałych zakresach kontraktowanych w trybie hospitalizacji, świadczenia w Izbie Przyjęć zabezpieczane są całodobowo przez lekarzy dyżurnych pozostałych oddziałów oraz dyżurnego lekarza anestezjologa.
4. Przyjęcia planowe do Oddziałów szpitalnych odbywają się w Izbie Przyjęć w godz. 7.00 – 15.00.
5. Ustalanie terminów dotyczących planowanych przyjęć do szpitala odbywa się w sekretariatach poszczególnych Oddziałów.
6. Termin przyjęcia do Szpitala ustalają Ordynatorzy Klinicznych Oddziałów i ich Zastępcy.

§ 79

1. Praca pielęgniarek i sanitariuszy w Izbie Przyjęć odbywa się w systemie zmianowym według ustalonego harmonogramu.

§ 80

1. Pracą Izby Przyjęć kieruje Kierownik Izby Przyjęć.
2. Pielęgniarki i sanitariuszki Izby Przyjęć podlegają w wykonywaniu czynności fachowych lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć, a służbowo Pielęgniarce Koordynującej.
3. Pielęgniarka Koordynująca Izby Przyjęć koordynuje pracę personelu pielęgniarskiego i pomocniczego Izby.

§ 81

1. W Izbie Przyjęć obowiązują poniższe zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - a) każdy pacjent zgłaszający się do Szpitala ze skierowaniem powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego;
 - b) w razie bezwzględnego wskazania do natychmiastowego leczenia, lekarz dyżurny wydaje zlecenia na niezbędne badania diagnostyczne i kieruje pacjenta na Oddział;
 - c) jeżeli Szpital nie dysponuje wolnymi łózkami, a pacjent wymaga leczenia w Szpitalu, lekarz dyżurny, po zbadaniu pacjenta i ustaleniu możliwości przetransportowania do innego szpitala, udziela pomocy medycznej i kieruje do innego szpitala, po uprzednim uzgodnieniu możliwości przyjęcia tam pacjenta;
 - d) lekarz dyżurny nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia;
 - e) w przypadku, gdy pacjent został skierowany niewłaściwie (niezgodnie z zakresem świadczeń udzielanych na oddziale, po udzieleniu potrzebnej pomocy doraźnej, lekarz

dyżurny przekazuje pacjenta do właściwego oddziału innego szpitala, po uprzednim upewnieniu się, co do możliwości przyjęcia tam pacjenta.

§ 82

1. Pacjent zgłaszający się do Izby Przyjęć powinien przedstawić wystawione przez lekarza prowadzącego leczenie skierowanie z przypuszczalnym rozpoznaniem oraz wyniki wykonanych badań pomocniczych.
2. Pacjent powinien posiadać dowód tożsamości z numerem PESEL lub inny dokument ze zdjęciem (np. paszport).

§ 83

1. Izba Przyjęć prowadzi rejestr systemowy i manualny przyjmowanych na Oddziały pacjentów zawierający: imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL, adres zamieszkania, nazwę Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, dane lekarza i jednostki kierującej na leczenie, rodzaj schorzenia, nazwisko lekarza przyjmującego, datę zgłoszenia się pacjenta i rodzaj udzielonego świadczenia, datę przyjęcia i wypisu, rejestr procedur wykonanych w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Izba Przyjęć prowadzi:
 - a) Wykaz główny przyjęć i wypisów;
 - b) Wykaz odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych;
 - c) Wykaz raportów pielęgniarских.

§ 84

1. W przypadku zgonu w Izbie Przyjęć obowiązują zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o. o.

§ 85

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane na Izbie Przyjęć poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

§ 86

1. Poradnie specjalistyczne funkcjonujące w strukturze Podmiotu Leczniczego są komórkami organizacyjnymi Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej.

§ 87

1. Działalność diagnostyczną i leczniczą oraz orzecznictwo o czasowej niezdolności do pracy pacjentów prowadzą, według swego zakresu zadań, Poradnie specjalistyczne wymienione w § 8 ust.2 pkt 2.1.

§ 88

1. Do zadań Poradni specjalistycznych należy w szczególności:
 - a) udzielanie specjalistycznych indywidualnych świadczeń zdrowotnych w formie opieki ambulatoryjnej w zakresie reprezentowanej specjalności;

- b) konsultowanie pacjentów kierowanych do Poradni przez innych lekarzy;
- c) wydawanie opinii i orzeczeń o stanie zdrowia dotyczących schorzeń w zakresie reprezentowanej specjalności;
- d) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu Leczniczego;
- e) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy;
- f) profilaktyka i promocja zdrowia.

§ 89

1. Poradniami kierują Kierownicy Poradni.
2. Poradnie o profilu chirurgicznym kierowane są przez Kierownika Zespołu Poradni Chirurgicznych, poradnie o profilu laryngologicznym kierowane są przez Kierownika Poradni Otorynolaryngologicznej i Foniatrycznej, poradnią kardiologiczną kieruje Kierownik Poradni Kardiologicznej, poradnią alergologiczną kieruje Kierownik Poradni Alergologicznej, poradnią dermatologiczną kieruje Kierownik Poradni Dermatologicznej, poradnią nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej kieruje Kierownik Izby Przyjęć.
3. Kierownicy poradni podlegają służbowo Ordynatorom odpowiednich oddziałów szpitalnych a Kierownik Poradni Nocnej i Świątecznej Pomocy Zdrowotnej – Dyrektorowi ds. Medycznych.
4. Opiekę lekarską w Poradniach zapewniają lekarze posiadający wymagane kwalifikacje.
5. Pracę pielęgniarek organizuje i nadzoruje Kierownik Poradni.

§ 90

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w poradniach poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 91

1. Poradnie specjalistyczne prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

PRACOWNIA HEMODYNAMIKI I PRACOWNIA ELEKTROFIZJOLOGII

§ 92

1. Pracownia Hemodynamiki i Pracownia Elektrofizjologii stanowią medyczną komórkę organizacyjną Szpitala integralnie związaną z Kliniką Oddziałem Kardiologii.

§ 93

1. W Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii wykonywane są zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej oraz elektroterapii, w tym:
 - a) diagnostycznego cewnikowania serca;
 - b) biopsji mięśnia sercowego;
 - c) koronarografii, w tym ultrasonograficznego obrazowania naczyń wieńcowych oraz pomiaru cząstkowej rezerwy przepływu (FFR);
 - d) przezskórnej angioplastyki wieńcowej;
 - e) implantacji układów do czasowej stymulacji serca;

- f) implantacji kardiostymulatorów jedno i dwujamowych;
- g) implantacji kardiostymulatorów resynchronizujących;
- h) implantacji kardiowerterów defibrylatorów i ich testowania;
- i) implantacji kardiowerterów defibrylatorów resynchronizujących;
- j) usunięcia nieczynnych, zainfekowanych elektrod / kardiostymulatorów;
- k) inne – kaniulacja żył centralnych, arteriografia obwodowa, skopia.

§ 94

1. W Pracowni wykonuje się zabiegi pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu, jak również kierowanym z innych zakładów opieki zdrowotnej;
2. Pracownia zapewnia udzielanie świadczeń całodobowo w systemie zmianowym.

§ 95

1. Pracownią kieruje Kierownik Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii natomiast nadzór nad działalnością pracowni sprawuje Ordynator Oddziału Kardiologii.
2. Zabiegi w Pracowni wykonują lekarze o odpowiednich kwalifikacjach, zatrudnieni w Klinicznym Oddziale Kardiologii na podstawie umowy o pracę bądź umów cywilnoprawnych.
3. Pielęgniarki oraz Technicy Pracowni podlegają w wykonywaniu czynności fachowych Kierownikowi Pracowni, a służbowo bezpośrednio Pielęgniarce Koordynującej, pośrednio Pielęgniarce Naczelnej.

§ 96

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w pracowni poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 97

1. Pracownia Hemodynamiki prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI OGÓLNEJ I PRACOWNIA USG

§ 98

1. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracownia USG podlegają bezpośrednio pod Dyrektora ds. Medycznych.
2. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracownia USG stanowi medyczną komórkę organizacyjną Szpitala, którą kieruje Lekarz Specjalista Radiolog.
3. W Pracowni są udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie rentgenodiagnostyki i ultrasonografii z wykorzystaniem aparatu rentgenowskiego i ultrasonograficznego.
4. Pracownia zapewnia świadczenia diagnostyczne całodobowo:

- a) w godzinach od **07:00** do **21:00** świadczenia w Pracowni RTG wykonują pracownicy Pracowni RTG tj. technicy elektroradiologowie oraz lekarze radiolodzy;
 - b) od **21:00** do **07:00** ciągłość pracy Pracowni RTG zabezpieczają technicy elektroradiologowie pełniący dyżury w Pracowni Hemodynamiki oraz lekarz radiolog na wezwanie;
 - c) w dni wolne, niedziele i święta ciągłość pracy Pracowni RTG zabezpieczają technicy elektroradiologowie pełniący dyżury w Pracowni Hemodynamiki oraz lekarz radiolog na wezwanie.
5. Nadzór nad aparaturą rentgenowską i bezpieczeństwem pracy w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej sprawuje Inspektor Ochrony Radiologicznej.

§ 99

1. Przyjmowanie pacjentów odbywa się zgodnie z harmonogramem (planem) badań.
2. Godziny wykonywania badań podawane są do wiadomości Oddziałów i Poradni.
3. W przypadkach nagłych dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów i planu pracy.
4. Warunkiem wykonania badań jest skierowanie określające cel badania, rozpoznanie oraz podpis lekarza kierującego.

§ 100

1. Przy badaniu pacjenta ma prawo uczestniczyć lekarz leczący w celu przedyskutowania z lekarzem radiologiem wyników i wyjaśnienia wszelkich wątpliwości;
2. Jeżeli lekarz leczący (kierujący) nie jest obecny przy badaniu lekarz przeprowadzający badanie po jego zakończeniu informuje o przebiegu tego badania.

§ 101

1. Podczas wykonywania badania rentgenowskiego w pomieszczeniu może przebywać wyłącznie pacjent oraz osoby wykonujące czynności związane bezpośrednio z badaniem.
2. Jeżeli w czasie badania zachodzi konieczność podtrzymania pacjenta, to czynność tą może wykonać osoba pełnoletnia po uprzednim pouczeniu przez radiologa i wyposażeniu w sprzęt ochronny.

§ 102

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w pracowni poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 103

1. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracownia USG prowadzi działalność zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. prawo atomowe (tj. Dz.U 2024 r., poz. 1277 z późn. zmianami), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej” oraz w oparciu o aktualnie obowiązujące rozporządzenia

Ministra Zdrowia, Zarządzenia, Instrukcje i zasady postępowania dotyczące obszaru funkcjonowania Pracowni.

PRACOWNIE NIEINWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI KARDIOLOGICZNEJ

§ 104

1. Pracownie nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej są medycznymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, w skład których wchodzi:
 - a) Pracownia Badań Czynnościowych;
 - b) Pracownia EKG i UKG;
 - c) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Stymulatorów Serca.

§ 105

1. W Pracowni Badań Czynnościowych wykonuje się:
 - a) testy spiroergometryczne;
 - b) testy wysiłkowe celem oceny niedokrwienia, chronotropizmu serca, reakcji precyzyjnej, arytmii indukcyjnej wysiłkowej;
 - c) badania holterowskie EKG i RR;
 - d) badania spirometryczne.
2. W Pracowni EKG wykonuje się badania elektrokardiograficzne dla pacjentów przyjmowanych ambulatoryjnie i pacjentów Szpitala.
3. Do zadań Pracowni UKG należy:
 - a) ocena echokardiograficzna serca: badania przezklatkowe i przezprzełykowe;
 - b) wykonywanie badań naczyń obwodowych;
 - c) wykonywanie zabiegów obliteracji tętniaków rzekomych;
 - d) wykonywanie echokardiograficznych testów obciążeniowych.
4. Do zadań Pracowni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów- Stymulatorów Serca należy:
 - a) kontrola stymulatorów i kardiowerterów - stymulatorów serca;
 - b) optymalizacja ustawień urządzeń resynchronizujących pod kontrolą echokardiograficzną (nieinwazyjna programowana elektrostymulacja-NIPS).

§ 106

1. Pracownie zapewniają świadczenia w systemie jednozmianowym, z wyjątkiem pracującej w systemie ostro dyżurowym Pracowni UKG i Pracowni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów - Stymulatorów Serca.

§ 107

1. Badania wykonywane są u chorych ambulatoryjnych i pacjentów Szpitala w kolejności zgłoszenia z uwzględnieniem sytuacji klinicznej (tryb planowy, tryb pilny).

§ 108

1. Badania w Pracowni wykonuje personel o odpowiednich kwalifikacjach.

2. W czasie badania personel pracowni zobowiązany jest do dołożenia wszelkich starań, środków ostrożności celem zapewnienia bezpieczeństwa choremu oraz uzyskania dobrych technicznie wyników badań.
3. Pielęgniarki oraz technicy Pracowni podlegają w wykonaniu czynności fachowych Ordynatorowi Oddziału Kardiologii.

§ 109

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w pracowni poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 110

1. Pracownie prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposób jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”

PRACOWNIE DIAGNOSTYKI OTORYNOLARYNGOLOGICZNEJ

§ 111

1. Pracownie diagnostyki otorynolaryngologicznej tworzą Pracownia Audiometryczna i Pracownia Endoskopii Laryngologicznej.

§ 112

1. W Pracowni Audiometrycznej prowadzona jest diagnostyka narządu słuchu i równowagi a w szczególności:
 - a) subiektywna i obiektywna diagnostyka słuchu;
 - b) diagnostyka stanu czynnościowego ucha środkowego;
 - c) różnicowanie niedosłuchów przewodzeniowych i odbiorczych;
 - d) topodiagnostyka odbiorczego uszkodzenia słuchu (ślimakowe, pozaślimakowe, centralne);
 - e) subiektywna i obiektywna ocena progu słuchu;
 - f) badanie słuchu u noworodków i małych dzieci;
 - g) wczesna, obiektywna diagnostyka uszkodzeń ślimakowych i pozaślimakowych;
 - h) diagnostyka audiologiczna guzów kąta mostkowo-mózdkowego.
2. W Pracowni Endoskopii Laryngologicznej wykonuje się diagnostykę endoskopową nosa, nosogardła, krtani i przełyku oraz biopsję tych narządów.

§ 113

1. Przyjmowanie chorych i planowanie do badań odbywa się na podstawie skierowania lekarza Poradni Specjalistycznej. Badania endoskopowe wykonywane są po przyjęciu chorego do Oddziału Szpitalnego, według planu uzgodnionego z Ordynatorami Oddziałów i Kierownikami Poradni Specjalistycznych.
2. W przypadkach nagłych dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów i planu pracy.

§ 114

1. Badania w Pracowni wykonuje personel o odpowiednich kwalifikacjach;
2. W czasie badania personel pracowni zobowiązany jest do dołożenia wszelkich starań, środków ostrożności celem zapewnienia bezpieczeństwa choremu oraz uzyskania dobrych technicznie wyników badań.
3. Pielęgniarki i Technicy służbowo podlegają Ordynatorowi Oddziału Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej.

§ 115

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w pracowni poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 116

1. Pracownice zapewniają świadczenia w systemie jednozmianowym.

§ 117

1. Pracownice diagnostyki laryngologicznej prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

PRACOWNIA ALERGOLOGICZNO-IMMUNOLOGICZNA

§ 118

1. Pracownia Alergologiczno-Immunologiczna jest medyczną komórką organizacyjną Szpitala, wchodzącą w skład Oddziału Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii.

§ 119

1. W Pracowni prowadzona jest diagnostyka i leczenie schorzeń alergicznych skóry.

§ 120

1. Do zadań Pracowni należy:
 - a) zapoznanie się z historią choroby i stanem pacjenta;
 - b) przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i założenie dokumentacji;
 - c) przeprowadzenie testów (płatkowe, punktowe, śródskórne);
 - d) wykonywanie badań (genetyczne, immunologiczne, bakteriologiczne);
 - e) analiza uzyskanych wyników;
 - f) przekazanie informacji o wynikach lekarzowi prowadzącemu;
 - g) prowadzenie dokładnej dokumentacji medycznej.

§ 121

1. Praca Pracowni odbywa się w systemie jednozmianowym.

§ 122

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w pracowni poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

PRACOWNIA ENDOSKOPII

§ 123

1. Pracownia Endoskopii jest medyczną komórką organizacyjną Szpitala, wchodzącą w skład Oddziału Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej.
2. Do zadań Pracowni Endoskopii należy:
 - a) wykonywanie badań endoskopowych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego:
 - gastroskopia,
 - kolonoskopia;
 - b) pobieranie materiału do badań histopatologicznych;
 - c) usuwanie polipów;
 - d) wykonywanie testu ureazowego;
 - e) wykonywanie zabiegu zakładania i usuwania balonu dożołądkowego w leczeniu otyłości.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.

PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

§ 124

1. Pracownia Tomografii Komputerowej podlega bezpośrednio pod Dyrektora ds. Medycznych;
2. Pracownia Tomografii Komputerowej stanowi medyczną komórkę organizacyjną Szpitala, którą kieruje Kierownik Pracowni;
3. W Pracowni są udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie m.in.:
 - a) badań płuc w technice wysokiej rozdzielczości;
 - b) badań narządów mięsistych jamy brzusznej;
 - c) badań ortopedycznych z trójwymiarową prezentacją struktur kostnych oraz ścięgien;
 - d) badań angiograficznych naczyń krwionośnych (w tym tętnic wieńcowych i Calcium Score);
 - e) badań głowy, zarówno jej struktur kostnych jak i mózgowia.
4. Pracownia zapewnia świadczenia diagnostyczne całodobowo:
 - a) świadczenia w Pracowni Tomografii Komputerowej wykonują pracownicy Pracowni tj. technicy elektroradiologii całodobowo, pielęgniarka w godzinach 7:30-15:05 oraz lekarz radiolog w godzinach 7:30-15:05. Pielęgniarka i lekarz radiolog z Pracowni Tomografii Komputerowej dostępni są w Pracowni Tomografii Komputerowej w dni robocze;

- b) w godzinach dyżurowych tj. 15:05-7:30 oraz w dni wolne, niedziele i święta, badania wykonywane są przez techników elektroradiologii, opis badania realizowany jest z wykorzystaniem systemu teleradiologii;
 - c) w przypadku konieczności wykonania badania z kontrastem w godzinach dyżurowych tj. 15:05-7:30 nadzór nad pacjentem oraz przebiegiem badania pełni lekarz zlecający badanie oraz pielęgniarka z Oddziału, w którym przebywa pacjent. Środek kontrastowy ordynuje lekarz, za podłączenie odpowiedzialna jest pielęgniarka Oddziału.
5. Nadzór nad aparaturą medyczną sprawuje Kierownik Pracowni oraz technicy elektroradiologii zatrudnieni w Pracowni Tomografii Komputerowej.

DZIAŁ ANESTEZJOLOGII

§ 125

1. Dział Anestezjologii jest samodzielną medyczną komórką organizacyjną Szpitala, którym kieruje Kierownik Działu Anestezjologii, podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi ds. Medycznych.

§ 126

1. Do zadań Działu Anestezjologii należy:
- a) wykonywanie świadczeń związanych ze znieczuleniem do operacji i zabiegów;
 - b) udział w procesie leczenia przed i pooperacyjnego pacjenta;
 - c) przeciwdziałanie i leczenie powikłań znieczulenia;
 - d) udzielanie pomocy w stanach zagrożenia najważniejszych dla życia funkcji ustrojowych, jak krążenie i oddychanie;
 - e) postępowanie specjalne z chorymi u których zachodzi konieczność stosowania:
 - aa) wspomaganego lub kontrolowanego oddechu;
 - aa) udrożnienia dróg oddechowych;
 - bb) sztucznego obniżenia ciepłoty ciała;
 - cc) innych zabiegów reanimacyjnych.
2. Dział Anestezjologii współpracuje ściśle z Oddziałami funkcjonującymi w strukturze Podmiotu Leczniczego.
3. Dział Anestezjologii współpracuje również z Pracowniami Podmiotu Leczniczego, uczestnicząc w czynnościach przygotowania pacjenta do operacji, wyrównania zaburzeń ogólnoustrojowych, zwalczania bólu.

§ 127

1. Rozkład pracy lekarzy anestezjologów zatrudnionych w Dziale Anestezjologii ustala Kierownik Działu w porozumieniu z Ordynatorami Oddziałów i Kierownikami Pracowni.
2. Rozkład pracy Pielęgniarek Anestezjologicznych ustala Pielęgniarka Koordynująca, a zatwierdza Naczelną Pielęgniarką.

§ 128

1. Kierownik Działu i wyznaczeni przez niego lekarze anesteziolodzy prowadzą, dla swoich pracowników szkolenia lekarzy i pielęgniarek w zakresie znieczulania, a także w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

§ 129

1. Dział Anestezjologii prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) zwane dalej „Rozporządzenie dot. dokumentacji medycznej”.
2. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) jest lekarz anesteziolog prowadzący znieczulenie.
3. Koordynator dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.
4. Koordynator zatwierdza własnoręcznym podpisem treść okołooperacyjnej karty kontrolnej.

APTEKA SZPITALNA

§ 130

1. Apteka Szpitalna jest medyczną komórką Szpitala, którą kieruje Kierownik podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Usługi farmaceutyczne realizowane są na zasadach określonych w odrębnych przepisach w tym w szczególności ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. 2024 r., poz. 686 z późn. zm.).

§ 131

1. Do usług farmaceutycznych apteki szpitalnej należy:
 - a) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - b) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziały;
 - c) sporządzanie leków recepturowych;
 - d) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
 - e) planowanie rocznych zakupów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - f) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
 - g) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
 - h) udział w racjonalizacji farmakoterapii i farmakoekonomiki;
 - i) nadzór nad dopuszczaniem do stosowania na terenie Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o. o. produktów leczniczych i wyrobów medycznych objętymi ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (tj. Dz. U. 2024 r., poz. 686) i ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1620 z późn. zm.);
 - j) nadzór nad zabezpieczeniem Podmiotu Leczniczego w gazy medyczne.
2. Prowadzenie ewidencji próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

3. Ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta.
4. Sporządzenie raportów z realizacji zawartych umów zgodnie z Regulaminami wewnętrznymi.
5. Prowadzenie kontroli zapasów i zużycia materiałów.

§ 132

1. Wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziały odbywa się według procedur zaakceptowanych przez Dyrektora ds. Medycznych.
2. Podstawą wydania produktów leczniczych i wyrobów medycznych jest receptariusz podpisany przez upoważnione osoby, nowelizowany przynajmniej raz na dwa lata.

§ 133

1. Apteka prowadzi dokumentację zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. 2024 r., poz. 686), ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1620 z późn. zm.) i ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2022 r., poz. 1710 z późn. zm.), przepisów wykonawczych do tych ustaw oraz innych obowiązujących aktów prawnych.

§ 134

1. Praca Apteki Szpitalnej odbywa się w systemie jednozmianowym.

§ 135

1. Aparatura i sprzęt używany w Aptece Szpitalnej poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

STERYLIZATORNIA

§ 136

1. Sterylizatornia jest medyczną komórką organizacyjną Szpitala, którą kieruje Kierownik Sterylizatorni podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi ds. Medycznych.

§ 137

1. Do zadań Sterylizatorni należy:
 - a) przyjmowanie sprzętu medycznego do procesu sterylizacji z oddziałów szpitalnych, poradni oraz sal operacyjnych;
 - b) pakowanie sprzętu medycznego, narzędzi, materiałów opatrunkowych przeznaczonych do sterylizacji;
 - c) przeprowadzanie procesów sterylizacji oraz jego monitorowanie;
 - d) przechowywanie oraz ekspedycja materiału po sterylizacji;
 - e) przeprowadzanie kontroli biologicznej urządzeń sterylizacyjnych w szpitalu;
 - f) planowanie rocznych zakupów sprzętu, materiałów, urządzeń, preparatów koniecznych do pracy Sterylizatorni;

- g) zamawianie materiałów do pakowania sprzętu i materiałów opatrunkowych przeznaczonych do sterylizacji oraz prowadzenie gospodarki tymi materiałami;
- h) kontrola przechowywania i wykorzystania sterylnego sprzętu w poszczególnych komórkach;
- i) prowadzenie koniecznej dokumentacji;
- j) ewidencjonowanie i rozliczanie ilości przyjętego i poddanego procesowi sterylizacji sprzętu medycznego na poszczególne komórki szpitala.

§ 138

1. Praca Sterylizatorni odbywa się w systemie dwuzmianowym.

§ 139

1. Pracownicy Sterylizatorni podporządkowani są bezpośrednio Kierownikowi Sterylizatorni.

§ 140

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w Sterylizatorni poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

B. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ADMINISTRACJI SPÓŁKI

DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY

§ 141

1. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy:
 - a) sporządzanie średnio- i krótkoterminowych planów finansowych Spółki na podstawie planów i analiz działalności;
 - b) prowadzenie polityki finansowej Spółki oraz nadzór nad jej realizacją;
 - c) opracowanie systemu finansowego Spółki, a w szczególności:
 - aa) zasad naliczania amortyzacji;
 - bb) struktury kosztów i zasad dysponowania funduszami;
 - cc) ewidencjonowania i rozliczania działalności Spółki;
 - d) prowadzenie rozliczeń finansowych między Spółką a kontrahentami, ZUS i Urzędem Skarbowym;
 - e) ustalenie wielkości i struktury budżetu Spółki oraz nadzór merytoryczny nad tym budżetem;
 - f) ewidencjonowanie i rozliczanie nakładów pośrednich i bezpośrednich związanych z działalnością finansową Spółki, a w szczególności:
 - aa) rozliczanie amortyzacji;
2. Prowadzenie okresowych analiz i sprawozdań dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej Spółki;
3. Prowadzenie rachunków bankowych i kasy Spółki;
4. Sporządzanie sprawozdawczości GUS zgodnie z obowiązującymi wzorcami i wymaganymi terminami;

5. Prowadzenie ewidencji w zakresie:
 - a) rozrachunku z dostawcami, odbiorcami i pracownikami;
 - b) rachunków bankowych;
 - c) zakupu, przychodu i rozchodu materiałów i usług,
 - d) sprzedaży;
 - e) kosztów:
 - działalności podstawowej;
 - działalności pomocniczej;
 - f) funduszy:
 - podstawowego;
 - rezerwowego;
 - zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
6. Egzekwowanie należności, w tym, za nieterminowe zapłaty przez odbiorców;
7. Nadzór nad prawidłowością wystawiania ewidencjonowania i obiegiem dokumentów księgowo-finansowych;
8. Współpraca z zespołami spisowymi prowadzącymi inwentaryzację składników majątkowych Spółki oraz komisją kasacyjną i do spraw darowizn;
9. Rozliczanie spisów inwentaryzacyjnych;
10. Prowadzenie polityki rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami;
11. Rejestracja operacji gospodarczych w sposób prawidłowy, kompletny, staranny i systematyczny;
12. Prowadzenie ksiąg rachunkowych zgodnie z zakładowym planem kont;
13. Windykacja należności;
14. Terminowe regulowanie zobowiązań;
15. Monitorowanie zgodności działań z planem finansowym Spółki;
16. Bieżąca dekretacja i księgowanie wszelkich operacji gospodarczych;
17. Prowadzenie rachunku kosztów wg ośrodków ich powstawania;
18. Bieżące monitorowanie realizacji kontraktów na świadczenia zdrowotne;
19. Opracowywanie raportów, zestawień i analiz finansowo- statystycznych;
20. Zgłaszanie uwag dotyczących modyfikacji systemu ewidencji kosztów;
21. Rozliczanie spisów inwentaryzacyjnych;
22. Prowadzenie kartotek środków trwałych i ksiąg inwentarzowych wyposażenia w rozbiciu na komórki organizacyjne Spółki;
23. Sporządzanie sprawozdań finansowych wymaganych przepisami i zaleceniami;
24. Nadzór merytoryczny nad kasą.

KASA

§ 142

1. Kasa stanowi integralną część Działu Finansowo-Księgowego;
2. Do zadań Kasy należy:
 - a) obrót gotówką – wpłaty i wypłaty gotówkowe;
 - b) podejmowanie gotówki z rachunku bankowego;
 - c) wpłaty do banku gotówki stanowiącej nadwyżkę nad wartością niezbędną tzw. „pogotowie kasowe”;
 - d) prowadzenie dokumentacji kasowej zgodnie z instrukcją kasową;
 - e) nadzór nad dowodami kasowymi;
 - f) sporządzanie raportów kasowych;
 - g) bieżąca dekretacja i księgowanie dokumentów kasowych i bankowych.
3. Prowadzenie gospodarki kasowej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

§ 143

1. Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy:
 - a) opracowanie wzorów dokumentacji mających zastosowanie w procesie udzielania zamówień publicznych;
 - b) współpraca z Kierownikami komórek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego w zakresie udzielania zamówień publicznych, w szczególności:
 - pomoc w wyborze trybu postępowania na podstawie specyficznych cech przedmiotu zamówienia;
 - pomoc w sporządzeniu wniosku o wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
 - pomoc w opracowaniu kryteriów wyboru i oceny ofert;
 - pomoc w sporządzeniu projektu umowy.
2. Przygotowanie i opracowanie projektów dokumentów dla potrzeb Komisji Przetargowej, w zakresie:
 - a) sporządzenia specyfikacji warunków zamówienia na podstawie otrzymanego wniosku o wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
 - b) udzielania pisemnych odpowiedzi i wyjaśnień w postępowaniu;
 - c) sporządzania wezwań do wyjaśnienia bądź uzupełnienia dokumentów stanowiących ofertę Wykonawcy pod względem merytorycznym;
 - d) sporządzenia unieważnienia postępowania, odrzucenia ofert, wykluczenia Wykonawcy;
 - e) udział w pracach związanych z rozpatrywaniem odwołań.
3. Prowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w szczególności:
 - a) publikacja ogłoszenia procedury o udzielenie zamówienia publicznego;
 - b) publikacja pisemnych odpowiedzi i wyjaśnień w postępowaniu;
 - c) prowadzenie sesji otwarcia ofert, w zależności od trybu postępowania;
 - d) sporządzania zestawienia złożonych ofert;
 - e) weryfikacja formalno-prawna złożonych ofert;
 - f) sporządzania wezwań do wyjaśnienia bądź uzupełnienia dokumentów stanowiących ofertę Wykonawcy pod względem formalno-prawnym;
 - g) publikacja ogłoszenia o wyborze najkorzystniejszych ofert;

- h) publikacja ogłoszenia o unieważnieniu postępowania, odrzuceniu ofert, wykluczenia Wykonawcy;
 - i) prowadzenie protokołów i dokumentacji w postępowaniu;
 - j) zawarcie umowy;
 - k) stała współpraca z radcą prawnym w zakresie prowadzonego postępowania.
4. Przechowywanie dokumentacji przetargowej (protokoły, oferty, oświadczenia członków Komisji Przetargowych i inne dokumenty powstające w procesie udzielania zamówień publicznych).
 5. Prowadzenie rejestru umów zawartych na podstawie przeprowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (z wyjątkiem umów najmu, dzierżawy oraz umów na świadczenia zdrowotne zawieranych w trybie rozporządzenia Ministra Zdrowia).
 6. Opracowanie harmonogramów udzielania zamówień publicznych i sprawozdań z realizacji zamówień zgodnie z przepisami prawnymi i regulaminem udzielania zamówień.
 7. Zapewnienie zasady jawności i uczciwej konkurencji zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 8. Prowadzenie rejestru umów zawieranych w wyniku przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych;
 9. Przestrzeganie przepisów prawa zamówień publicznych.
 10. Doskonalenie znajomości przepisów prawnych w zakresie zamówień publicznych.
 11. Gromadzenie materiałów prawnych i edukacyjnych z zakresu zamówień publicznych.
 12. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Spółki w zakresie zaopatrzenia poszczególnych komórek organizacyjnych;

DZIAŁ ANALIZ I ROZLICZEŃ

§ 144

1. Do zadań Działu Analiz i Rozliczeń należy:
 - a) planowanie i przygotowywanie materiałów do kontraktowania oraz monitorowanie realizacji i rozliczanie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - b) zawieranie umów na zakup świadczeń zdrowotnych wykonanych na zewnątrz Podmiotu Leczniczego w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości realizowanych świadczeń;
 - c) zawieranie i obsługa umów z podmiotami zewnętrznymi na świadczenie usług medycznych;
 - d) prowadzenie sprawozdawczości medycznej, statystycznej dla potrzeb Podmiotu Leczniczego, NFZ, Urzędu Marszałkowskiego, Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach;
 - e) ewidencja i przesyłanie kart zgłoszeniowych nowotworu złośliwego do Instytutu Onkologii;
 - f) realizacja zamówień na druki recept;
 - g) prowadzenie spraw związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej na zewnątrz zakładu pacjentom oraz podmiotom uprawnionym na mocy ustawy;
 - h) prowadzenie i koordynowanie działań związanych z kontraktowaniem i realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;

- przygotowywanie materiałów do konkursów ofert oraz sporządzanie ofert konkursowych o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
 - bieżące monitorowanie realizacji kontraktu w oddziałach szpitalnych, poradniach i pracowniach, podejmowanie interwencji w przypadkach odchylenia realizacji kontraktu od planu;
 - prawidłowe wprowadzanie danych o realizowanych usługach do systemu i przesyłanie sprawozdań do NFZ;
 - wystawianie faktur do NFZ;
 - kwartalne dostosowywanie wartości zawartych kontraktów do ich realizacji – przygotowywanie wniosków o przesunięcia między zakresami do NFZ;
 - utrzymywanie aktualnego stanu informacji w Portalu Świadczeniodawcy;
 - monitorowanie zmian w zarządzeniach Prezesa NFZ i dostosowywania realizacji kontraktu do nowych wymogów, szukania nowych źródeł pozyskiwania środków z NFZ;
- i) zawieranie umów na zakup świadczeń zdrowotnych wykonanych na zewnątrz Podmiotu Leczniczego w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości realizowanych świadczeń;
 - j) przygotowywanie postępowań konkursowych lub przetargowych na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych;
 - k) monitorowanie realizacji umów oraz rozliczenie świadczeń wykonanych na zewnątrz Spółki;
 - l) zawieranie i obsługa umów z podmiotami zewnętrznymi na świadczenie usług medycznych;
 - m) prowadzenie rejestru umów zawieranych przez Spółkę;
 - n) prowadzenie spraw związanych z realizacją umowy zawartej ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym dotyczącej udostępniania Oddziałów szpitalnych na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w zakresie prowadzenia sprawozdawczości z realizacji prac badawczych;
 - o) współpraca z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Podmiotu Leczniczego w zakresie realizowanych zadań;
 - p) prowadzenie Archiwum Działu Analiz i Rozliczeń;
 - q) sporządzenie raportów z realizacji zawartych umów zgodnie z Regulaminami wewnętrznymi.

2. Strukturę organizacyjną Działu Analiz i Rozliczeń tworzą:

- a) Sekcja Statystyki Medycznej;
- b) Stanowiska Statystyków Medycznych;
- c) Centralna Rejestracja;
- d) Dermatologiczna Rejestracja.

SEKCJA STATYSTYK MEDYCZNYCH

§ 145

1. Do zadań Statystyki Medycznej należy:

- a) zbieranie i opracowywanie oraz sporządzanie zbiorczych zestawień i sprawozdań z zakresu medycznej działalności podstawowych komórek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego;
- b) opracowywanie analiz i wskaźników z zakresu działalności Podmiotu Leczniczego;
- c) nadzorowanie i kontrola prowadzenia statystyki medycznej w Oddziałach, Poradniach i Pracowniach;
- d) prowadzenie spraw związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej na zewnątrz zakładu pacjentom oraz podmiotom uprawnionym na mocy ustawy.

CENTRALNA REJESTRACJA/ REJESTRACJA DERMATOLOGICZNA

§ 146

1. Centralna Rejestracja/Rejestracja Dermatologiczna jest medyczną komórką organizacyjną Szpitala, którą kieruje Koordynator Centralnej Rejestracji/ Rejestracji Dermatologicznej podporządkowany bezpośrednio Kierownikowi Działu Analiz i Rozliczeń.

§ 147

1. Do zadań Centralnej Rejestracji/Rejestracji dermatologicznej należy;
 - a) obsługi i rejestracji pacjentów;
 - b) ścisła współpraca z kadrami medycznymi;
 - c) prowadzenie harmonogramów przyjęć do Poradni Specjalistycznej w systemie informatycznym Szpitala;
 - d) przygotowywanie lub zakładanie dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - e) przekazywanie dokumentacji medycznej właściwym lekarzom;
 - f) przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych/e-mailowych i ustalanie terminu wizyt do Poradni Specjalistycznej;
 - g) udzielanie wyczerpujących informacji o funkcjonowaniu poradni, godzin przyjęć, warunkach udzielania świadczeń;
 - h) archiwizacja Dokumentacji Medycznej zgodnie z Instrukcją Archiwizacyjną i przekazanie jej do Archiwum;
 - i) prawidłową obsługą systemu AMMS – Rejestracja i AMMS – Gabinet;
 - j) prowadzeniem sprawozdawczości statystycznej;
 - k) koordynowanie działań związanych z kartą DILO;
 - l) uczestnictwo w konsyliach lekarskich;
 - m) koordynacja planu leczenia poprzez prowadzenie pacjenta tzw. Szybka Ścieżka Onkologiczną, ustalenie terminów badań diagnostycznych z podmiotami je świadczącymi, umawianie pacjentów na wizyty u lekarzy specjalistów, umawianie pacjentów na konsylia onkologiczne;
 - n) dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta poprzez potwierdzanie wykonania świadczeń medycznych oraz wpisywania etapów leczenia;
 - o) koordynacja terminowego wykonania badań diagnostycznych oraz realizacji terminów w poszczególnych etapach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
 - p) zapewnienie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z leczeniem onkologicznym;
 - q) bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji świadczeń dot. pakietu onkologicznego;
 - r) uzupełnienie w systemie informatycznym Szpitala wykonanych procedur ICD9;
 - s) weryfikacja i sprawdzanie uprawnień do świadczeń zdrowotnych;
 - t) prawidłowe wprowadzanie oraz weryfikacja wprowadzonych do systemu informatycznego Szpitala danych osobowych pacjenta oraz dokumentów dotyczących ubezpieczenia pacjenta;
 - u) rozliczanie świadczeń w zakresie pakietu onkologicznego.

§ 148

1. Praca Centralnej Rejestracji/Rejestracji Dermatologicznej odbywa się w systemie jednozmianowym.

§ 149

1. Aparatura i urządzenia medyczne używane w rejestracji poddawane są okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z przyjętymi standardami.

DZIAŁ INFORMATYKI

§ 150

2. Do zadań Działu Informatyki należy nadzór nad elementami informatyki i telekomunikacji, w tym:
 - a) nadzór nad administrowaną siecią informatyczną w zakresie poprawności jej funkcjonowania, aktualizowanie oprogramowania oraz wdrażanie i aktualizacja zabezpieczeń;
 - b) odpowiedzialność za zarządzanie systemami informatycznymi zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2019 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zmianami), Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2247) oraz Narodowymi Standardami Cyberbezpieczeństwa;
 - c) kompleksowe prace związane ze zmianą, rozszerzeniem lub instalacją sieci na terenie całej Spółki (projektowanie, konsultacje, drobne prace instalacyjne);
 - d) przegląd, konserwacja, naprawa sprzętu komputerowego, współpraca z firmami serwisowymi;
 - e) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Spółki oraz Inspektorem Ochrony Danych;
 - f) archiwizacja danych na zasadach określonych w przepisach prawa oraz regulacjach wewnętrznych Spółki;
 - g) aktualizacje oprogramowania wykorzystywanego przez poszczególne komórki organizacyjne;
 - h) wdrażanie nowych systemów i programów;
 - i) współpraca z firmami zewnętrznymi świadczącymi usługi informatyczne na rzecz Spółki;
 - j) realizowanie obowiązków Administratora Systemu Informatycznego w wyznaczonym przez Spółkę zakresie dotyczącym działania informatycznego przetwarzania danych;
 - k) obsługa centrali telefonicznej Spółki;
 - l) sporządzenie raportów z realizacji zawartych umów zgodnie z Regulaminami wewnętrznymi.

DZIAŁ TECHNICZNO - EKSPLOATACYJNY

§ 151

1. Strukturę organizacyjną Działu Techniczno-Eksploatacyjnego tworzą:
 - a) Sekcja Aparatury i Urządzeń Medycznych;
 - b) Sekcja Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia;
 - c) Warsztat Utrzymania Ruchu.
2. Do zadań Działu Techniczno-Eksploatacyjnego należy:
 - a) sporządzanie planów remontów i modernizacji budynków, zaplecza energetycznego i technicznego;

- b) nadzór nad prawidłowym przebiegiem konserwacji remontów bieżących, kapitalnych, robót inwestycyjnych w komórkach organizacyjnych Spółki w zakresie urządzeń energetycznych, teletechnicznych, dźwigowych i agregatu prądowłórczego;
- c) prowadzenie dokumentacji realizowanych remontów, nadzorowanie wykonywanych zleconych robót i przeprowadzanie odbioru zakończonych robót;
- d) nadzór nad archiwizowaniem dokumentacji technicznej budynków oraz instalacji technicznych i energetycznych;
- e) sporządzanie sprawozdań z remontów bieżących i kapitalnych infrastruktury technicznej, obiektów i urządzeń;
- f) w zakresie eksploatacji:
 - nadzór nad eksploatacją sieci i urządzeń technicznych;
 - nadzór obsługi, konserwacji i naprawy urządzeń technicznych;
 - współpraca z dostawcami energii elektrycznej, ciepłej, gazu i wody, uzgadnianie mocy zamawianej i kontrola ich rozliczenia;
 - inicjowanie przedsięwzięć zmierzających do usprawnienia gospodarki energetycznej;
- g) sporządzanie planów zakupów wyposażenia technicznego;
- h) zawieranie oraz nadzór nad realizacją umów związanych z w/w zadaniami oraz umów dotyczących:
 - prania bielizny szpitalnej;
 - odpadów medycznych i komunalnych;
 - dezynsekcji i deratyzacji;
 - rozmów oraz usług telekomunikacyjnych;
 - kompleksowego utrzymania czystości;
- i) prowadzenie rejestru ilości wytwarzanych odpadów i sprawozdawczości w tym zakresie;
- j) nadzór nad prawidłowym obciążaniem za wynajem pomieszczeń Spółki zgodnie z umowami zawartymi w trybie obowiązujących zasad;
- k) sporządzanie opisu przedmiotu zamówienia publicznego oraz szacunkowej wartości celem uruchomienia postępowania zgodnie z obowiązującym Regulaminem Udzielania Zamówień;
- l) współpraca z Działem Zamówień Publicznych, uczestniczenie w przygotowaniu materiałów do przetargu w określonym temacie w uzgodnieniu z użytkownikiem;
- m) prowadzenie rejestru umów działu zawartych zgodnie z ustawą prawo zamówień publicznych i nadzór nad ich realizacją;
- n) sporządzenie raportów z realizacji zawartych umów zgodnie z Regulaminami wewnętrznymi;
- o) nadzór techniczny nad ciepłownią, w tym:
 - nadzór i obsługa kotłów gazowych Kotłowni Spółki;
 - prowadzenie ekonomicznej eksploatacji kotłów;
 - kontrolowanie prawidłowego działania urządzeń zasilania gazem oraz urządzeń pomocniczych;
 - utrzymywanie obowiązujących parametrów dla urządzeń grzewczych;
 - konserwowanie zgodnie z wymaganiami producenta kotłów i urządzeń pomocniczych;
 - dbanie o wzorowy porządek i czystość w kotłowni oraz na terenie przylegającym do kotłowni;
 - usuwanie drobnych awarii (sieci wodociągowej) centralnego ogrzewania na terenie Spółki (odpowietrzanie sieci);
 - obsługa stacji uzdatniania wody znajdującej się na terenie Spółki;
 - obsługa pomieszczenia do składowania odpadów pooperacyjnych (segregacja, ważenie i wydawanie firmie zajmującej się utylizacją w/w odpadów oraz prowadzenie dokumentacji związanej z wagą składowanych i wywożonych odpadów;

- nadzór nad wywozem odpadów komunalnych (załadunek i ewidencja)
- p) nadzór nad logistyką gazów medycznych, w tym:
- przyjmowanie dostaw tlenu i rozładunek butli do magazynu z tlenem;
 - kontrola nad poprawnym działaniem instalacji gazów medycznych w budynkach Spółki;
 - dostarczanie na poszczególne Oddziały i Bloki Operacyjne przyściennych butli z tlenem, podtlenkiem i innymi gazami;
 - prowadzenie ewidencji rozchodu tlenu;
- q) nadzór na pracownikami obsługi, w tym kierowanie:
- wykonywaniem wszelkich prac związanych z utrzymaniem porządku na terenie placu przynależącego do Spółki;
 - przyjmowaniem i wydawaniem kluczy uprawnionym pracownikom do pomieszczeń Spółki;
 - przyjmowaniem i wydawaniem bielizny szpitalnej do prania oraz ewidencja ilości wypranej bielizny;
 - utrzymaniem czystości w wyznaczonych pomieszczeniach i odcinakach Spółki.

SEKCJA APARATURY I URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH

§ 152

1. Do zadań Sekcji Aparatury i Urządzeń Medycznych należy:
 - a) utrzymanie w ciągłej sprawności technicznej urządzeń mechanicznych, instalacyjnych, aparatury medycznej;
 - b) nadzór nad terminami przeglądów okresowych nakazanych w Instrukcjach w eksploatowanej w szpitalu aparaturze i urządzeniach medycznych;
 - c) konserwacja, usuwanie drobnych awarii i wykonywanie napraw związanych z użytkowaniem urządzeń, sprzętu w zakresie instalacji technicznych, sanitarnych, sprzętu medycznego;
 - d) zlecenie do wykonania na zewnątrz usług naprawczych, przeglądów technicznych sprzętu technicznego i urządzeń medycznych;
 - e) prowadzenie dokumentacji związanej z serwisowaniem sprzętu medycznego.
 - f) utrzymywanie aktualnego stanu informacji w Portalu Świadczeniodawcy w zakresie zasobów Podmiotu Leczniczego;

SEKCJA GOSPODARKI MATERIAŁOWEJ I ZAOPATRZENIA

§ 153

1. Sekcja Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia pełni kluczową rolę w zapewnieniu ciągłości pracy Szpitala poprzez sprawną gospodarkę magazynową, kontrolę jakości, optymalizację kosztów i dystrybucję materiałów.
2. Skuteczne zarządzanie tą sekcją przekłada się na bezpieczeństwo pacjentów, efektywność operacyjną oraz finansową placówki.
3. Do zadań Sekcji Gospodarki Materiałowej i Zaopatrzenia należy:
 - a) załatwianie wszelkich spraw związanych z terminowym zaopatrzeniem Szpitala w sprzęt medyczny, laboratoryjny, odczynniki, odzież szpitalną i roboczą, druki medyczne i administracyjne, środki czystości;
 - b) sporządzanie planów i rocznych harmonogramów zaopatrzenia;

- c) prowadzenie postępowań poniżej progów wymaganych ustawą Prawo Zamówień Publicznych tj. zgodnie z wewnętrznym Regulaminem udzielania zamówień;
- d) zapewnienie zasady jawności i uczciwej konkurencji zgodnie z obowiązującymi przepisami w trakcie realizacji postępowań;
- e) negocjowanie cen, warunków płatności oraz jakości zamawianych towarów;
- f) pobieranie zaliczek pieniężnych z kasy Szpitala, wyłącznie na zakup zamówionego towaru i rozliczanie w wyznaczonym terminie;
- g) przekazywanie zakupionych towarów do magazynu, przyjmowanie towaru do magazynu, zabezpieczenie towaru przed kradzieżą, pożarem, zniszczeniem;
- h) zabezpieczenie opakowań zwrotnych i terminowe ich oddawanie;
- i) wyjaśnianie niezgodności ilościowych dostarczonego towaru z kontrahentem;
- j) badanie i analiza rynku dostawców i wykonawców;
- k) systematyczne wystawianie zamówień w oparciu o zatwierdzone zapotrzebowanie w ramach zawartych umów przetargowych i dostaw nieobjętych umowami;
- l) wystawianie asygnat RW na sprzęt gospodarczy i materiały znajdujące się w magazynie;
- m) nadzorowanie terminów dostaw i rozliczanie pobranych zaliczek;
- n) prowadzenie rejestru umów i nadzór nad ich realizacją;
- o) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Spółki w zakresie zaopatrzenia poszczególnych komórek organizacyjnych;
- p) prowadzenie kontroli zapasów i zużycia materiałów;
- q) prowadzenie ewidencji stanów magazynowych materiałów i urządzeń;
- r) monitorowanie zapotrzebowania na materiały i urządzenia w poszczególnych oddziałach i jednostkach szpitala;
- s) współpraca z dostawcami w zakresie realizacji zamówień, terminów dostaw i warunków handlowych;
- t) współudział w odbiorze dostarczonych materiałów, urządzeń oraz sprawdzanie zgodności z zamówieniem i dokumentacją dostawy;
- u) przygotowywanie i realizacja wewnętrznych dyspozycji materiałowych dla oddziałów i jednostek szpitala;
- v) optymalizacja procesów logistycznych w celu zapewnienia sprawnej dystrybucji materiałów i urządzeń;
- w) nadzór nad jakością dostarczanych materiałów, zgodnością z normami i wymaganiami szpitala;
- x) podejmowanie działań związanych z brakowaniem niepotrzebnych lub uszkodzonych urządzeń i materiałów;
- y) prowadzenie dokumentacji magazynowej;
- z) rejestrowanie przyjęć i wydań urządzeń i materiałów w systemie informatycznym szpitala;
- aa) sporządzanie raportów i analiz dotyczących stanów magazynowych, rotacji zapasów i zużycia materiałów;
- bb) współpraca z działem finansowym w zakresie dokumentacji zakupowej i rozliczeń;
- cc) optymalizacja kosztów i gospodarki materiałowej;
- dd) analiza kosztów zakupów i zużycia materiałów w celu optymalizacji wydatków;
- ee) wyszukiwanie alternatywnych dostawców i negocjowanie korzystniejszych warunków współpracy;
- ff) wdrażanie rozwiązań mających na celu minimalizację strat i ograniczenie marnotrawstwa zasobów;
- gg) współpraca z innymi działami szpitala;
- hh) koordynacja działań z działem zamówień publicznych w zakresie procedur zakupowych;
- ii) współpraca z oddziałami i komórkami organizacyjnymi szpitala w celu zapewnienia bieżącego zaopatrzenia;
- jj) wspieranie działu administracyjnego w zakresie logistyki dostaw i odbioru materiałów;
- kk) przestrzeganie procedur i przepisów;

- ll) dbanie o zgodność działań sekcji z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi regulacjami szpitala;
- mm) stosowanie zasad higieny, bezpieczeństwa i ochrony środowiska w zakresie gospodarki materiałowej;
- nn) udział w audytach i kontrolach dotyczących gospodarki materiałowej i magazynowej;
- oo) planowanie i rozwój sekcji gospodarki materiałowej i zaopatrzenia;
- pp) monitorowanie nowych rozwiązań w zakresie zarządzania materiałami medycznymi i logistyką szpitalną;
- qq) wdrażanie nowych technologii i systemów usprawniających gospodarkę magazynową;
- rr) przeprowadzanie fizycznej inwentaryzacji sprzętu w szpitalu (lokalizowanie i oznaczanie urządzeń);
- ss) aktualizowanie danych w systemie inwentaryzacyjnym;
- tt) weryfikacja zgodności stanu faktycznego ze stanem ewidencyjnym;
- uu) sporządzanie raportów i zestawień dotyczących stanu posiadania sprzętu;
- vv) pełnienie funkcji członka komisji spisowej środków trwałych oraz wyposażenia, przy czynnym udziale osób materialnie i niematerialnie odpowiedzialnych;
- ww) przeprowadzanie spisu z natury środków trwałych oraz wyposażenia przy współudziale powołanej komisji inwentaryzacyjnej w wyznaczonych w harmonogramie terminach, zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji majątku Szpitala;
- xx) oznakowanie spisane go majątku zgodnie z kodami numerycznymi wygenerowanymi w module „środki trwałe” oraz module „wyposażenie”;
- yy) weryfikacja zdadności spisywanego majątku i skierowanie wniosków o likwidację;
- zz) wyjaśnienie ujawnionych różnic inwentaryzacyjnych;
- aaa) sporządzanie protokołu z przeprowadzonej inwentaryzacji;
- bbb) szkolenie personelu w zakresie właściwego zarządzania i optymalnego wykorzystania zasobów;

WARSZTAT UTRZYMANIA RUCHU

§ 154

1. Do zadań obsługi Warsztatu Utrzymania Ruchu n należy:
 - a) przeprowadzanie drobnych remontów infrastruktury technicznej, obiektów i urządzeń;
 - b) orzekanie o stanie technicznym urządzeń elektrycznych, technicznych oraz medycznych i przedkładanie ich do Komisji Likwidacyjnej.

SEKCJA KADR

§ 155

1. Do zadań Sekcji Kadr należy prowadzenie spraw osobowych, socjalnych oraz doskonalenia zawodowego pracowników.
2. Zakres spraw osobowych i zatrudnienia obejmuje:
 - a) prowadzenie właściwej polityki naboru i przygotowywanie pełnej dokumentacji do naboru pracownika;
 - b) przygotowanie pełnej dokumentacji związanej z zawieraniem i rozwiązywaniem stosunku pracy (umowy o pracę, zakresy obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności, świadectwa pracy) w zakresie objętym przepisami prawa pracy;

- c) prowadzenie na bieżąco akt osobowych: zmiany warunków umowy o pracę, aneksy, zakresy obowiązków, przeszerogowania itp.;
 - d) przygotowywanie wniosków w sprawie nagród, wyróżnień lub kar dla pracowników;
 - e) przygotowywanie wniosków o rentę, emeryturę, świadczenia rehabilitacyjne;
 - f) wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu, przebiegu pracy zawodowej;
 - g) prowadzenie archiwum kadrowego;
 - h) wydawanie zaświadczeń, duplikatów świadectw pracy, dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje z dokumentów archiwalnych;
 - i) prowadzenie dokumentacji związanej z zawieraniem i rozwiązywaniem umów cywilno-prawnych oraz prowadzenie bieżącej dokumentacji;
 - j) przygotowywanie pełnej dokumentacji papierowej i elektronicznej wymaganej przez Ministerstwo Zdrowia dla lekarzy skierowanych do odbywania specjalizacji w trybie rezydenckim oraz prowadzenie bieżącej dokumentacji;
 - k) przygotowywanie pełnej dokumentacji papierowej i elektronicznej, prowadzenie dokumentacji dla lekarzy odbywającymi specjalizację w trybie poza rezydenckim wymaganej przez Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach;
 - l) prowadzenie dokumentacji związanej z odbywaniem staży specjalizacyjnych i podyplomowych lekarzy: przygotowywanie umów o szkolenia specjalizacyjne, umów stażowych, porozumień, dokumentów wymaganych do odbycia stażu;
 - m) prowadzenie ewidencji czasu pracy: urlopy, delegacje, zwolnienia lekarskie, harmonogramy pracy, listy obecności itp.;
 - n) przygotowywanie pełnej dokumentacji do wypłaty: wprowadzanie, sprawdzanie wszystkim pracownikom harmonogramy czasu pracy, wprowadzanie dyżurów medycznych, dodatków nocnych i świątecznych pielęgniarek, nadgodzin, absencji itp.;
 - o) przeprowadzanie konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne dla lekarzy, pielęgniarek lub inne osoby wykonujące zawód medyczny;
 - p) przeprowadzanie konkursu na niektóre stanowiska w Podmiocie Leczniczym zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - q) opracowywanie ankiet związanych z okresową oceną pracownika;
 - r) współtworzenie i nadzór nad aktualizacją Regulaminu Pracy; Regulaminu Świadczeń Socjalnych
 - s) prowadzenie i aktualizacja baz danych w postaci zapisów elektronicznych;
 - t) opracowywanie sprawozdań z zakresu zatrudnienia dla potrzeb komórek organizacyjnych Spółki oraz dla potrzeb instytucji zewnętrznych;
 - u) przygotowywanie dokumentów dla potrzeb ZUS, (zgłoszenia, wyrejestrowania, zmiany danych osobowych, kodów zatrudnienia itp.);
 - v) współpraca z powiatowym i wojewódzkim urzędem pracy, ZUS, oraz innymi podmiotami działającymi w zakresie uprawnień pracowniczych;
 - w) prowadzenie statystyki publicznej dla upoważnionych podmiotów w zakresie właściwym dla spraw kadrowych;
 - x) współdziałanie z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Spółki;
 - y) sporządzanie odpisów na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych;
3. Zakres działalności socjalno-bytowej:
- a) rozpoznawanie potrzeb socjalno-bytowych;
 - b) organizowanie pomocy socjalnej dla pracowników, ich dzieci, emerytów;
 - c) udział w komisji socjalnej przydzielającej świadczenia i zapomogi z funduszu socjalnego;
 - d) tworzenie funduszy specjalnych i nadzór nad ich wykorzystaniem.
4. Zakres doskonalenia zawodowego pracowników:
- a) wraz z kierownikami komórek organizacyjnych rozpoznawanie potrzeb doskonalenia zawodowego pracowników;
 - b) nadzór nad realizacją doskonalenia zawodowego.

SEKCJA PŁAC

§ 156

1. Do zadań Sekcji Płac należy:

- a) prawidłowe naliczanie wynagrodzeń zgodnie z umowami;
- b) prawidłowe dokonywanie potrąceń na listach wypłat;
- c) prawidłowe sporządzanie listy płac i dokonywanie wypłat;
- d) prawidłowe sporządzanie zestawień do list płac dla poszczególnych komórek organizacyjnych Spółki;
- e) obliczanie potrąceń z tytułu zwolnień lekarskich i innych w uzgodnieniu z Sekcją Kadr i pozostałymi komórkami Spółki;
- f) terminowe sporządzanie deklaracji podatkowych poszczególnych pracowników dla Urzędów Skarbowych;
- g) terminowe odprowadzania składek ZUS oraz sporządzanie miesięcznych deklaracji;
- h) naliczanie wynagrodzeń rezydentów zgodnie z umowa Ministerstwa Zdrowia, prawidłowe rozliczanie umów zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia;
- i) prowadzenie sprawozdawczości płacowej w świetle obowiązujących przepisów;
- j) przygotowywania dokumentacji zarobkowej do celów emerytalno-rentowych;
- k) prowadzenie księgowości KZP w Szpitalu;
- l) sporządzeniem deklaracji podatkowych, ubezpieczeniowych i pozostałych wymaganych przez prawo;
- m) dokonywanie okresowych analiz funduszu płac, realizacja zgodnie z możliwościami określonymi w odrębnych przepisach;
- n) terminowe rozliczanie z ZUS i Urzędem Skarbowym, naliczanie i odprowadzanie składek i podatków;
- o) naliczanie zasiłków pracowniczych;
- p) prowadzenie sprawozdawczości płacowej w świetle obowiązujących przepisów, zgodnie z zaleceniami oraz zgodnie z ewidencją kosztów w Spółce;
- q) sporządzanie deklaracji dotyczących składek na PFRON;
- r) współtworzenie i nadzór nad aktualizacją Regulaminu Wynagrodzeń;
- s) prowadzenie archiwum płacowego.

BIURO PODAWCZE

§ 157

1. Biurem Podawczym kieruje Koordynator ds. Administracyjno-Archiwalnych
2. Koordynator ds. Administracyjno-Archiwalnych podlega Dyrektorowi ds. Administracyjno - Personalnych;
3. Do zadań Koordynatora ds. Administracyjno-Archiwalnych należy:
 - a) kompleksowa obsługa Biura Podawczego;
 - b) ewidencja dokumentów przychodzących i wychodzących, w tym faksów, poczty elektronicznej i przekazywanie ich Zarządowi, Dyrektorowi ds. Medycznych, Dyrektorowi ds. Administracyjno-Personalnych lub Kierownikom Komórek i imiennym adresatom;
 - c) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem Składnicy Akt Spółki zakresie:
 - przyjmowania na podstawie spisów zdawczo-odbiorczych odpowiednio przygotowanej dokumentacji;
 - dbałość o prawidłowe przechowywanie dokumentacji;

- udostępniania dokumentacji archiwalnej;
- przygotowania dokumentów przeznaczonych do zniszczenia;
- prowadzenie ewidencji akt zniszczonych;
- przygotowania dokumentów przeznaczonych do przekazania Archiwum Państwowemu;

ROZDZIAŁ VII

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 158

1. W celu zapewnienia pełnej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania medycznego, Spółka współdziała z innymi zakładami opieki zdrowotnej na zasadzie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Umowy podpisano:
 - a) na udzielanie konsultacji specjalistycznych pacjentom hospitalizowanym oraz pracownikom Spółki (w ramach badań profilaktycznych);
 - b) na przeprowadzanie specjalistycznych badań laboratoryjnych, histopatologicznych niezbędnych do pełnej diagnostyki pacjentów;
 - c) na specjalistyczne badania przeprowadzane w Pracowniach Diagnostycznych:
 - tomografii komputerowej;
 - rezonansu magnetycznego;
 - mammografii;
 - na wykonywanie badań identyfikujących grupę krwi, prób krzyżowych oraz dostarczania krwi i preparatów krwiozastępczych i krwiopochodnych pacjentom hospitalizowanym;
 - na usługi transportu sanitarnego.
3. Szpital Specjalistyczny w Zabrze sp. z o. o. w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych może współdziałać zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z jednostkami samorządu terytorialnego.
4. Współdziałanie, o którym umowa powyżej może polegać w szczególności na finansowaniu świadczeń gwarantowanych na podstawie zawartej umowy, zgodnie z art.9a i 9b wskazanej ustawy, jak również realizacje programów profilaktycznych i zdrowotnych.

§ 159

1. Zapewnienie ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na podstawie zawartej umowy realizowane jest w oparciu o następujące zasady:
 - a) dla pacjentów z przewlekłymi schorzeniami dodatkowymi, zwiększającymi ryzyko wystąpienia niewydolności krążeniowo-oddechowej w okresie pooperacyjnym, rezerwowane są miejsca w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej na podstawie zawartej umowy. Pacjenci przyjmowani są po wcześniejszym uzgodnieniu między stronami;
 - b) w przypadku ostrego zachorowania lub zaostrzenia chorób dodatkowych następuje przekazanie chorego transportem sanitarnym do oddziału odpowiedniego dla rodzaju zachorowania, po telefonicznym kontakcie z lekarzem dyżurnym danego oddziału. W przypadku chorego wymagającego leczenia w oddziale intensywnej terapii, lekarz szpitala w pierwszej kolejności kontaktuje się z Oddziałem Anestezjologii

i Intensywnej Terapii Medycznej, z którym Spółka zawarła umowę podwykonawstwa, a w przypadku braku miejsca z koordynatorem Centrum Powiadamiania Kryzysowego. W przypadku ostrego zachorowania, lekarz dyżurny przekazuje pisemną informację na temat zastosowanego leczenia.

§ 160

1. W ramach współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej Szpital konsultuje i leczy pacjentów z innych placówek opieki zdrowotnej;
2. Zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz odpłatności są każdorazowo określone w treści umów zawieranych pomiędzy Spółką a Zleceniodawcą na wykonywanie usług zdrowotnych;
3. W ramach zawartych umów udziela się świadczeń pacjentom, na podstawie indywidualnych zleceń wystawianych i podpisywanych przez lekarzy Zleceniodawcy z określeniem rodzaju badania/konsultacji opieczętownych pieczęcią nagłówkową Zleceniodawcy;
4. Obciążanie Zleceniodawców dokonywane jest przez Dział Finansowo-Księgowy na podstawie sporządzonych przez komórkę organizacyjną wykonującą badanie, miesięcznych imiennych wykazów pacjentów, na rzecz, których wykonane były badania/konsultacje z zaznaczeniem rodzaju badania/konsultacji oraz podaniem nazwy oddziału/poradni oraz nazwiska lekarza kierującego.

ROZDZIAŁ VIII

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 161

1. Spółka udziela świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala;
2. Celem udzielania świadczeń zdrowotnych jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie;
3. Świadczenia zdrowotne w Spółce, udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz posiadające wymagane kwalifikacje określone w odrębnych przepisach;
4. Spółka zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielanymi świadczeniami;
5. Jeżeli lekarz dyżurny Izby Przyjęć stwierdzi potrzebę niezwłocznej hospitalizacji pacjenta a występuje brak miejsc w oddziałach szpitalnych bądź zakres działalności leczniczej szpitala lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie do oddziału szpitalnego, po udzieleniu niezbędnych świadczeń zdrowotnych i w razie potrzeby Podmiot Leczniczy zapewnia przewiezienie pacjenta do innego właściwego Podmiotu Leczniczego, po uprzednim uzgodnieniu przyjęcia przez lekarza;
6. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć w przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej niezwłocznie kieruje pacjenta do odpowiedniego oddziału, a w pomieszczeniach Izby Przyjęć zleca przeprowadzenie procesów dezynfekcji;

7. Jeżeli lekarz dyżurny przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności pozostaje w związku z przestępstwem ścigany z urzędu lub usiłowaniem samobójstwa obowiązany jest bezzwłocznie powiadomić policję lub dyżurnego prokuratora;
8. Pacjent wymagający całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do przechowywania ubrań i obuwia w depozycie oraz przedmiotów wartościowych uznane za wartościowe przez pacjenta lub personel. Postępowanie z przedmiotami wartościowymi uregulowano odrębną procedurą.

§ 162

1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie lub niezwłocznie w niezbędnym zakresie w przypadku, gdy Spółka nie ma zawartej stosownej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
2. W razie braku możliwości udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia z przyczyn leżących po stronie Spółki lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, Spółka zapewnia udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę;

§ 163

1. Szpitalne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są całodobowo, natomiast ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są zgodnie z obowiązującymi harmonogramami pracy poszczególnych poradni specjalistycznych;
2. W miejscach udzielania świadczeń Szpital podaje do wiadomości pacjentów informacje o godzinach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń.
3. W miejscach udzielania świadczeń Szpital podaje do wiadomości pacjentów informacje dot. uprawnień przyjęć poza kolejnością.
4. Szpital zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego, za pośrednictwem osoby trzeciej lub w formie elektronicznej poprzez stronę internetową Szpitala <https://klinika-zabrze.med.pl>.
5. Na terenie Szpitala prowadzony jest monitoring wizyjny w miejscach oznakowanych na zasadach określonych w Regulaminie Pracy.

§ 164

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno ambulatoryjne, jak i szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania, z uwzględnieniem uprawnień przyznanych przez właściwe przepisy;
2. W przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia w momencie zgłoszenia się pacjenta do Szpitala, Ordynator Oddziału oraz Kierownicy Poradni lub osoby przez nich wyznaczone:
 - a) ustalają kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
 - b) informują pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadniają przyczyny wyboru tego terminu;
 - c) wpisują świadczeniobiorcę za jego zgodą lub zgodą jego przedstawiciela ustawowego w kolejnej pozycji listy oczekujących na udzielenie świadczenia;

- d) wpisują datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących;
 - e) zapewniają prawidłowość prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w odrębnych przepisach.
3. Lista oczekujących prowadzona jest przez NFZ w systemie KOLCE i weryfikowana – zasady jej prowadzenia są ściśle narzucone przez NFZ;

§ 165

1. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalenia terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jego przyczynie. Informacja powinna być przekazana świadczeniobiorcy najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwotnie wyznaczony termin udzielenia świadczenia.

§ 166

1. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym Szpital prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

§ 167

1. Na podstawie zlecenia lekarza, Spółka zapewnia pacjentom bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach:
- a) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
 - b) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. W przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającego korzystanie ze środków transportu publicznego, Spółka na podstawie zlecenia lekarza zapewnia pacjentom bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w celu odbycia leczenia – do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;
3. W przypadkach innych niż wymienione powyżej, na podstawie zlecenia lekarza przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

§ 168

1. Osoba ubiegająca się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, finansowanego ze środków publicznych, zobowiązana jest potwierdzić prawo do udzielenia świadczenia oraz tożsamość.
2. Należy spełnić łącznie następujące warunki:
- a) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość przez okazanie:
 - dowodu osobistego;
 - paszportu;
 - prawa jazdy;
 - legitymacji szkolnej (dot. osoby, która nie ukończyła 18 r.ż.);
 - dokument mObywatel;
 - b) świadczeniobiorca zostanie pozytywnie zweryfikowany w systemie eWUŚ.

3. W przypadku negatywnej weryfikacji w systemie informatycznym, pacjent lub jego opiekun prawny składa oświadczenie o przysługujących uprawnieniach do świadczeń.
4. Dane osobowe pacjenta oraz opiekuna pacjenta wskazane w oświadczeniu są weryfikowane z dokumentem potwierdzającym jego tożsamość.
5. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.

§ 169

1. Spółka udziela świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Szpitalne świadczenia zdrowotne udzielane są bez skierowania w trybie nagłym lub zagrożenia życia.
2. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:
 - a) wenerologa;
 - b) dla osób chorych na gruźlicę;
 - c) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - d) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
 - e) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - f) w zakresie leczenia uzależnień:
 - dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia;
 - dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
 - g) 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%;
 - h) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - i) dla osób, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), tj.:
 - świadczeniobiorcom 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, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej;

- świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź 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. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.
 5. Szpital w miejscach udzielania świadczeń informuje pacjentów o grupach świadczeniobiorców, którzy na podstawie przepisów upoważnieni są do uzyskania świadczeń poza kolejnością.

§ 170

1. Wypisu pacjenta ze Szpitala dokonuje Ordynator/Kierownik oddziału lub lekarz przez niego upoważniony. Następuje to po ocenie stanu zdrowia oraz efektów leczenia. Z wynikami leczenia oraz decyzją o wypisie pacjent jest zapoznawany. Uzyskuje informację o zaleceniach odnośnie do dalszego postępowania medycznego, rehabilitacyjnego, socjalnego i dietetycznego;
2. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
 - b) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - c) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób;
 - d) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia;
 - e) jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga leczenia, Kierownik lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę zakładu sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania pacjenta i przyczynach odmowy;
 - f) pacjent występujący o wypisanie na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia. Pacjent ten składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej, a pacjent potwierdza ten fakt własnoręcznym podpisem;
 - g) w przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta ze szpitala- lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny sporządza stosowną adnotację w dokumentacji medycznej oraz powiadamia jednostkę Policji w przypadku:
 - pacjenta małoletniego;
 - pacjenta ubezwłasnowolnionego;
 - pacjenta zagrażającego bezpieczeństwu swojemu lub otoczeniu;
 - h) pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu, kiedy podjęto decyzje o wypisie, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach;

- i) pacjent po zakończeniu leczenia w dniu wypisu otrzymuje Kartę Informacyjną z leczenia szpitalnego w dwóch egzemplarzach, pod którymi się podpisuje. Jeden egzemplarz zostaje w historii choroby, drugi egzemplarz otrzymuje pacjent.

§ 171

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu, o którym mowa w § 157, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

ROZDZIAŁ IX

OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 172

1. Spółka udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b poniżej:
 - a) w przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. 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;
 - b) w przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 2, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej;
 - w przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 2a albo 2b powyżej, sąd bada:
 - interes uczestników postępowania;
 - rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
 - wolę zmarłego pacjenta;
 - okoliczności wyrażenia sprzeciwu.
3. Spółka udostępnia dokumentację medyczną również:
 - a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - b) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w

- ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- c) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - d) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
 - e) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146, z późn. zm.);
 - f) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 451);
 - g) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - h) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - i) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - j) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - k) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - l) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
 - m) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - n) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
 - o) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust.1;
 - p) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - q) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r., poz. 1657), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań;
 - r) szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - na informatycznym nośniku danych.
5. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez Spółkę, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
 6. Dokumentacja medyczna prowadzona w wersji papierowej, może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana w sposób określony w pkt 4 ppkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
 7. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób określony w pkt 4 ppkt 2 i 5 oraz w pkt 6, Spółka pobiera opłaty:
 - a) maksymalna wysokość opłaty obliczana jest na podstawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 504 z póź. zm.):
 - za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – 0,002 przeciętnego wynagrodzenia;
 - za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia;
 - udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia
 - b) aktualna informacja o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej jest zamieszczana na stronie internetowej Spółki.
 8. Opłaty, o której mowa w pkt 7, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - a) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w pkt 4, ppkt 2 i 5 oraz pkt 6,
 - b) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
 - c) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

ROZDZIAŁ X

ORGANIZACJA I ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

§ 173

1. Spółka udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie istniejących przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością;
2. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat jest zgodny z organizacją i zadaniami poszczególnych komórek organizacyjnych Spółki,

z zastrzeżeniem, że pacjent powinien wnieść opłatę do kasy Spółki lub dokonać płatności elektronicznej przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego;

3. Opłata za świadczenia zdrowotne dla instytucjonalnych klientów jest pobierana zgodnie z umową podpisaną pomiędzy Spółką a poszczególnymi podmiotami zewnętrznymi;
4. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych oraz świadczenia ponadstandardowe i usługi niemedyczne ustanawiana jest uchwałą Zarządu i wprowadzana zarządzeniem, a następnie udostępniana na stronie internetowej spółki, zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
5. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

ROZDZIAŁ XI

OPLATY ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ INNE USŁUGI

§ 174

1. Spółka pobiera opłaty za świadczone usługi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Wysokość opłat, za świadczenia zdrowotne ustala Zarząd Spółki.
3. Wysokość opłat, za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym będzie każdorazowo określana na podstawie cennika otrzymanego od podmiotu, z którym Spółka zawarła umowę na wykonanie takiego świadczenia.
4. Przy ustalaniu wysokości opłaty, Zarząd Spółki uwzględni rzeczywiste koszty udzielania świadczenia zdrowotnego.

ROZDZIAŁ XII

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA OPLATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK OSÓB ZMARŁYCH

§ 175

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci lekarz dyżurny Oddziału, niezwłocznie zawiadamia wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję, lub przedstawiciela ustawowego.
2. W przypadku zgonu w Szpitalu, pielęgniarka dyżurna oddziału niezwłocznie zawiadamia o śmierci pacjenta lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego, który po przeprowadzeniu

ogłędzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu i wypełnia kartę statystyczną do karty zgonu. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.

3. W razie śmierci pacjenta pielęgniarka dyżurna Oddziału zobowiązana jest do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego do pochowania.
4. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta:
 - a) lekarz dyżurny oddziału wypełnienia kartę skierowania zwłok do chłodni zawierającą:
 - imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - datę i godzinę zgonu;
 - godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - imię, nazwisko i podpis osoby sporządzającej kartę;
 - b) pielęgniarka dyżurna oddziału zobowiązana jest do:
 - założenia na przegubie dłoni albo stopy identyfikatora zawierającego:
 - imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - datę i godzinę zgonu;
 - zapewnienia przebywania zwłok w wyznaczonym pomieszczeniu w Szpitalu Pro-morte przez okres 2 godzin z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej;
 - zgłoszenia faktu zgonu pielęgniarce dyżurnej Izby Przyjęć;
 - odnotowania w raporcie pielęgniarskim godziny odbioru zwłok przez chłodnię;
 - c) jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości;
 - d) w razie zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r., poz. 1947 z późn. zm.);
 - e) w razie zgonu osoby zmarłej w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
5. Pielęgniarka dyżurna Izby Przyjęć zobowiązana jest do:
 - a) powiadomienia o zgonie Firmy, z którą Spółka zawarła umowę na świadczenie usług w zakresie transportu, sekcji i przechowywania w chłodni zwłok zgodnie z obowiązującymi przepisami, podając przy zgłoszeniu nazwę Spółki, godzinę zgonu pacjenta oraz oddział, z którego należy zabrać zwłoki;
 - b) odnotowania faktu odbioru zwłok w Księżce Zgonów.
6. Dyrektor ds. Medycznych na wniosek Ordynatora Oddziału lub w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii, zarządza zaniechanie sekcji.
7. Zwłoki pacjenta, który zmarł w Szpitalu, mogą być poddane sekcji w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala z zastrzeżeniem pkt 8.
8. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.

9. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt 8 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciwi, o którym mowa w pkt 8.
10. Przepisów pkt 7 – 9 nie stosuje się w przypadkach:
- określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
11. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
12. Usługi medyczne w zakresie sekcji i przechowywania zwłok Spółka realizuje zgodnie z następującymi warunkami określonymi w umowie zawartej w tym zakresie:
- usługodawca zobowiązany jest do przeprowadzania sekcji zwłok na zlecenie Szpitala w czasie po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu i przed upływem 72 godzin od stwierdzenia zgonu oraz dokumentowania wykonanych badań sekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - badania sekcyjne wykonywane będą przez lekarza posiadającego kwalifikacje wymagane w tym zakresie;
 - usługa przechowywania zwłok obejmuje:
 - przechowywanie zwłok zmarłych pacjentów w chłodni nie dłużej niż 72 godziny, chyba, że:
 - nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r., poz. 1947 z późn. zm.);
 - w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie lub śledztwo a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - przemawiają za tym inne niż wymienione powyżej ważne przyczyny, za zgodą albo na wiosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
 - nieodpłatne wydawanie zgodnie z obowiązującymi przepisami i dokumentacją zwłok pacjentów osobie uprawnionej do pochówku;
 - usługa realizowana będzie przez Usługobiorcę 7 dni w tygodniu, całodobowo;
 - wysokość opłaty za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin jest zgodna z cennikiem stanowiącym załącznik do umowy zawartej z podwykonawcą.

ROZDZIAŁ XIII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 176

- Zmiany niniejszego Regulaminu Organizacyjnego albo ustalenie nowego Regulaminu Organizacyjnego są dokonywane w formie uchwały Zarządu, wymagającej zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą.
- Zmiana Regulaminu Organizacyjnego albo ustalenie nowego Regulaminu Organizacyjnego nie wymagają zachowania formy, w jakiej został sporządzony akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Spółkę.

§ 177

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem przekształcenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

Załączniki:

1. Schemat Organizacyjny Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.

