

Zarządzenie nr 42 /2025

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z dnia 25 września 2025 r.

w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Na podstawie § 24 pkt. 1 Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zarządzam co następuje:

§ 1

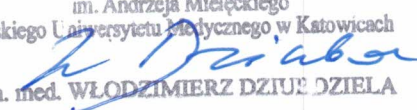
Wprowadzam w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. A. Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia.

§2

Z dniem wprowadzenia niniejszego Regulaminu Organizacyjnego traci moc Regulamin Organizacyjny Szpitala z dnia 3 kwietnia 2024 roku.

§3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

D Y R E K T O R
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
im. Andrzeja Mieleckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr n. med. WŁODZIMIERZ DZIUB DZIĘLA



REGULAMIN ORGANIZACYJNY
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. ANDRZEJA
MIEŁECKIEGO
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W KATOWICACH

Tekst jednolity

Katowice, 25.09.2025 roku

CZĘŚĆ I WSTĘP

§1.

Organizacja Szpitala

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (zwany dalej Szpital lub SPSK-M) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym i organem nadzorującym jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
2. Szpital podlega wpisowi do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000018595 oraz do rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Krajowy Rejestr Sądowy / Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach pod numerem 0000043369.
3. Strukturę organizacyjną oraz zakresy funkcjonowania jednostek i komórek działalności podstawowej Szpitala określa Statut Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
4. Jednostki i komórki działalności podstawowej szpitala oraz komórki części administracyjnej współdziałają przy realizacji celów i zadań Szpitala.
5. Szczegółowy zakres działania poszczególnych komórek organizacyjnych działalności podstawowej określa Załącznik Nr 4 do Statutu.
6. Logo według wzoru określonego w załączniku nr 5 do Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (dalej: „Szpital”) pełni funkcję promocyjną i identyfikacyjną Szpitala.
7. Logo Szpitala umieszczane jest na dokumentach oficjalnych Szpitala, wizytówkach oraz materiałach promocyjnych i informacyjnych Szpitala.
8. Korzystać z Logo mogą wyłącznie jednostki organizacyjne Szpitala.
9. Każdorazowe używanie lub rozpowszechnianie Logo przez inne podmioty wymaga zgody Dyrektora Szpitala.
10. Znak graficzny winien być stosowany w kolorze czarnym lub niebieskim:
 - Pantone 307 C,
 - CMYK 84/36/8/16
 - RGB 20/120/170
 - HEX#1478AA
11. Dopuszczalne jest stosowanie negatywowej wersji tj. białe logo na kolorowym tle, w przypadku, gdy ze względów projektowych lub technicznych nie ma możliwości używania Logo w wersji podstawowej.
12. Logo powinno być umieszczane w szczególności:
 - 1) w pomieszczeniach Szpitala,
 - 2) z okazji publicznych uroczystości w miejscu ich odbywania,
 - 3) na pismach i dokumentach urzędowych,
 - 4) na tablicach, plakietach i innych symbolach Szpitala,
 - 5) na oficjalnej stronie internetowej Szpitala,
 - 6) na wizytówkach i identyfikatorach,
 - 7) na materiałach promujących Szpital,
 - 8) w trakcie imprez promocyjnych organizowanych przez Szpital (konferencje, seminaria, szkolenia).

§2.

Podstawy prawne działania Szpitala

Szpital działa w oparciu o następujące akty prawne:

1. Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2023, poz. 991 z póź.zm) oraz przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie.
2. Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.2024 poz. 146 z póź.zm.), oraz przepisy wydane na jej podstawie.
3. Ustawę z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (Dz.U. 2023, poz.120 z póź.zm.).
4. Statut Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach nadany przez Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
5. Inne obowiązujące przepisy.

CZĘŚĆ II

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§3.

Cele i zadania Szpitala

1. Podstawowym celem działania Szpitala jest działalność lecznicza polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
2. Szpital zobowiązany jest do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia oraz do udostępnienia Uczelni jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed – i podyplomowego w zawodach medycznych na podstawie umowy cywilnoprawnej.
3. Szpital może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zlecanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących lokalizacjach:
 - a) ul. Francuska 20-24, 40- 027 Katowice
 - b) ul. Reymonta 8, 40 – 029 Katowice
 - c) ul. Dąbrowskiego 25, 40- 032 Katowice

§4.

Pozostała działalność

1. Szpital może prowadzić działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza, pod warunkiem, że jej charakter nie stoi w sprzeczności z celami i zadaniami Szpitala.
2. Prowadzenie działalności gospodarczej, o której mowa w ust. 1 nie może ograniczać dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności nie może być uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia oraz wymaga zgody Uczelni.

§5.

Zarządzanie i reprezentacja Szpitala

1. Szpitalem zarządza i reprezentuje na zewnątrz Dyrektor, powoływany przez podmiot tworzący, w trybie określonym w ustawie o działalności leczniczej.
2. W Szpitalu obowiązują zasady jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności oraz kompleksowego rachunku ekonomicznego przy podejmowaniu decyzji i ocenie efektów działalności.

3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
4. Działalnością Szpitala kieruje Dyrektor bezpośrednio lub przy pomocy swoich zastępców.
5. Prawo do podpisywania pism dotyczących działalności Szpitala posiada Dyrektor. W razie nieobecności Dyrektora osobą uprawnioną do podpisywania pism jest jego zastępca bądź inna wyznaczona osoba.
6. Podpisywanie odbywa się jednoosobowo z wyjątkiem przypadków określonych odrębnymi przepisami.
7. Wszelkie pisma podpisywane przez Dyrektora lub wyznaczonego zastępcę powinny być na kopiach parafowane przez kierownika komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za merytoryczne załatwienie sprawy.
8. Organizację wewnętrzną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu, ustalający zależność służbową poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.
9. W skład Szpitala wchodzi :
 - Zakłady Szpitala:
 - a) Lecznictwo Zamknięte
 - b) Lecznictwo Otwarte - Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna
 - jednostki i komórki działalności podstawowej i pomocniczej o charakterze medycznym i niemedyceznym, w tym jednostki administracji.
10. Jednostki administracji Szpitala stanowią :
 - działy,
 - sekcje,
 - samodzielne stanowiska pracy.
11. Na czele działów i sekcji stoją kierownicy.
12. Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala są zobowiązane do należytego wykonywania swoich czynności, wynikających z zakresu ich działalności, celem zapewnienia Szpitalowi prawidłowego funkcjonowania i wykonywania usług na najwyższym możliwym poziomie.
13. Ramowy zakres obowiązków i uprawnień kierowników komórek organizacyjnych ustala Dyrektor.
14. Za wykonywanie całości zadań komórki organizacyjnej opisanej w części V Regulaminu Organizacyjnego odpowiedzialny jest kierownik tej komórki, który reprezentuje ją wobec Dyrektora Szpitala lub właściwego zastępcy dyrektora.
15. Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze zobowiązani są do planowania, organizowania i nadzorowania pracy podległych pracowników oraz kontroli merytorycznej.
16. Szczegółowy zakres i podział czynności oraz odpowiedzialność pracowników komórek organizacyjnych ustala jej kierownik lub bezpośredni przełożony.
17. W dziale, w którym nie utworzono stanowiska zastępcy kierownika, w razie niemożności wykonywania funkcji przez kierownika, zastępuje go wyznaczony przez niego pracownik działu.
18. Samodzielne stanowisko pracy może być jednoosobowe lub stanowić integralną część zespołu złożonego z samodzielnych stanowisk zajmujących się podobnym zakresem zadań. Samodzielne stanowisko pracy działa zgodnie z ramowym zakresem uprawnień i obowiązków służbowych.

CZĘŚĆ III POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

§6.

1. Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala odpowiadają za merytorycznie właściwe, terminowe i zgodne z przepisami załatwienie spraw.
2. Dyrektor Szpitala może upoważniać kierowników podporządkowanych mu komórek organizacyjnych do podpisywania korespondencji wynikającej z zakresu działania kierowanej przez nich komórki, za wyjątkiem sfery decyzyjnej.
3. W wypadku podpisywania pism przez upoważnionego do tego pracownika należy odcisnąć pieczętkę o treści : nazwisko, imię oraz stanowisko służbowe upoważnionego.
4. Sprawy wymagające decyzji Dyrektora winny być opracowane pisemnie i przedkładane w jednej z niżej wymienionych form:
 - projektu pisma kierowanego do instytucji, urzędu lub jednostki załatwiającej sprawę,
 - projektu aktu normatywnego względnie pisma o charakterze instrukcyjnym lub wyjaśniającym,
 - notatki służbowej.
5. W dokumentach wewnętrznych dopuszcza się stosowanie skróconej nazwy Szpitala w brzmieniu „SPSK-M”
6. Sprawy wymagające opinii lub oceny formalno-prawnej muszą być parafowane przez prawnika Szpitala.
7. Wprowadzenie przepisów o charakterze normatywnym, które regulują sprawy o istotnym znaczeniu dla Szpitala lub określają obowiązki i uprawnienia odnoszące się do jednostek i komórek organizacyjnych, winno mieć formę zarządzenia wewnętrznego, podpisanego przez Dyrektora. W przypadku jego nieobecności, zarządzenie podpisuje upoważniona osoba.
8. Wykładnia przepisów prawnych wydanych przez ustawodawcę oraz naczelne organy administracji państwowej winna posiadać formę pisma okólnego.
Prawo jego podpisywania przysługuje:
 - zastępcy dyrektora w sprawach dotyczących zakresu jego działania,
 - głównemu księgowemu w zakresie działań określonych w ustawie o rachunkowości,
 - kierownikom komórek organizacyjnych , o ile zostaną imiennie do tego upoważnieni.
9. Wszelkie inne wytyczne np. dotyczące zasad gospodarki majątkiem Szpitala, obiegu dokumentacji winny być wydawane w formie instrukcji, podpisanej przez Dyrektora bądź inną upoważnioną osobę.
10. Ewidencję zarządzeń, pism okólnych, instrukcji prowadzi Sekretariat, zaopatrując je we właściwą numerację.

CZĘŚĆ IV NADZÓR I KONTROLA

§7.

1. Odpowiedzialność za nadzór i kontrolę nad mieniem Szpitala ponoszą:
 - Dyrektor,
 - Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych-Główny Księgowy,
 - Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami,
 - Lekarz Naczelny,
 - Naczelna Pielęgniarka,
 - Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych,

- Pracownik prowadzący kasę,
 - Pracownik prowadzący magazyn
2. Dyrektor, Lekarz Naczelny, Naczelna Pielęgniarka, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych-Główny Księgowy, Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami oraz Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za:
 - zabezpieczenie mienia,
 - całokształt działalności powierzonej im jednostki lub komórki organizacyjnej,
 - nadzór i kontrolę nad realizacją kontraktów i umów zawartych przez Szpital,
 - wykonanie zadań określonych zakresem obowiązków stanowiących integralną część niniejszego regulaminu oraz za porządek ustalony Regulaminem Pracy.
 3. Pracownik prowadzący kasę ponosi materialną odpowiedzialność za przyjęte i przechowywane w kasie wartości majątkowe. Ponadto odpowiedzialny jest za właściwe przechowywanie i zabezpieczenie gotówki i innych walorów oraz przestrzeganie przepisów finansowych wydanych przez ustawodawcę i naczelne organy administracji państwowej oraz Prezesa NBP w tym zakresie.
 4. Pracownik prowadzący magazyn odpowiada materialnie za ilość i jakość powierzonych mu składników majątkowych, za należyte ich zabezpieczenie przed zniszczeniem lub kradzieżą oraz konserwację sprzętu i urządzeń magazynowych, a także przestrzeganie przepisów o gospodarce magazynowej.
 5. Pracownicy administracji Szpitala sporządzający i przekazujący informacje oraz sprawozdania statystyczne do jednostek nadrzędnych, Narodowego Funduszu Zdrowia i GUS są odpowiedzialni za ich merytoryczną treść, dane liczbowe, rzetelność i terminowość – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie zarządzeniami i instrukcjami.
 6. Podpisywanie dokumentów obrotu pieniężnego i materiałowego oraz innych dokumentów o charakterze rozliczeniowym i kredytowym, jak też i inne sprawy nie unormowane w niniejszym regulaminie, regulują odrębne przepisy.
 7. Powierzenie składników majątkowych, magazynu, kasy i innych wartości odbywa się wyłącznie na piśmie (inventaryzacja, protokół zdawczo- odbiorczy przy współudziale komisji); dotyczy to również przekazania stanowisk pracy kierowników jednostek i komórek organizacyjnych.
 8. Szczegółowe ustalenia w zakresie nadzoru i funkcjonowania kontroli wewnętrznej reguluje odrębna instrukcja.

CZĘŚĆ V ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§8. Organy Szpitala

- Organami Szpitala są:
- Rada Społeczna
 - Dyrektor

§9.

Rada Społeczna

1. Rada Społeczna jest organem opiniodawczym i inicjującym Uczelni oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.
2. W skład Rady Społecznej wchodzi:
 - a) jako przewodniczący – przedstawiciel Rektora Uczelni,
 - b) jako członkowie:
 - przedstawiciel ministra właściwego ds. zdrowia,
 - przedstawiciel wojewody,
 - przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa,
 - przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej,
 - przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych
 - osoby powołane przez Senat – w ilości 5 osób.
3. Do zadań Rady Społecznej należy:
 - a) przedstawianie Uniwersytetowi wniosków i opinii w sprawach:
 - zbycia aktywów trwałych zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - związanych z przekształceniem lub likwidacją Szpitala, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - przyznawania Dyrektorowi Szpitala nagród,
 - rozwiązywania stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej z Dyrektorem Szpitala,
 - niniejszego Regulaminu Organizacyjnego,
 - b) przedstawianie Dyrektorowi Szpitala wniosków i opinii w sprawach:
 - planu finansowego, w tym inwestycyjnego,
 - rocznego sprawozdania z realizacji planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - kredytów bankowych lub dotacji,
 - podziału zysku,
 - c) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu,
 - d) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej,
 - e) wykonywanie innych zadań określonych w Ustawie i Statucie Szpitala.
4. Rada Społeczna działa na podstawie uchwalonego przez siebie Regulaminu.
5. Dyrektor może w zależności od potrzeb powoływać inne organy doradcze i opiniodawcze, zespoły, komisje o charakterze stałym i doraźnym określając ich nazwę, skład osobowy, zakres i tryb działania.

§10.

Dyrektor

1. Do kompetencji Dyrektora należą sprawy nie zastrzeżone przepisami prawa i Statutem Szpitala dla innych organów.
2. Zadania i uprawnienia Dyrektora określone zostały w szczególności w:
 - art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2023, poz. 991 z późn.zm.),
 - § 10 obowiązującego Statutu Szpitala.
3. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność.
4. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
5. Dyrektor Szpitala kieruje Szpitalem przy pomocy:

Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami
Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych - Głównego Księgowego,
Lekarza Naczelnego,
Naczelnej Pielęgniarki,
Kierowników jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala.

6. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępują i pełnią nadzór nad wykonywaniem zadań przez jednostki Szpitala: Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami lub Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych - Główny Księgowy lub Lekarz Naczelny lub Naczelna Pielęgniarka.
7. Dyrektorowi podlegają bezpośrednio:
 - Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami
 - Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych - Główny Księgowy
 - Lekarz Naczelny
 - Naczelna Pielęgniarka
 - Radca Prawny
 - Dział Spraw Pracowniczych i Organizacyjno-Prawnych
 - Specjaliści ds. BHP i Specjalista ds. p.poż./Inspektor ds. p.poż.
 - Specjalista ds. Obrony Cywilnej
 - Dział Audytu i Kontroli
 - Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością
 - Inspektor Ochrony Danych
 - Specjalista ds. higieny i epidemiologii
 - Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych
 - Inspektor Ochrony Radiologicznej
8. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:
 - organizowanie pracy Szpitala w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz realizację zadań statutowych Szpitala,
 - prawidłowa gospodarka mieniem własnym Szpitala i przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
 - prowadzenie polityki kadrowej Szpitala, zatrudnianie i zwalnianie pracowników, w tym Lekarzy Kierujących Oddziałami,
 - nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników Szpitala,
 - prawidłowe gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności ustawą o rachunkowości i ustawą Prawo zamówień publicznych.

§11.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Jest zobowiązany do stałego informowania Dyrektora o bieżących sprawach z zakresu całokształtu swego działania jak również do zawiadamiania o niedociągnięciach, nieprawidłowościach lub brakach. W sprawach, które wymagają decyzji Dyrektora Szpitala przedkłada propozycje co do sposobu ich rozwiązania. Do jego obowiązków należy w szczególności :
 - bezpośrednie kierowanie pracą pionu ekonomicznego i finansowego,
 - współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi we wszystkich sprawach dotyczących kontraktowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia i innych źródeł,

- nadzorowanie działalności Szpitala w zakresie spraw ekonomicznych, księgowych i finansowych oraz podejmowanie decyzji w zakresie spraw podległych mu komórkom,
 - organizowanie pracy podległych jednostek organizacyjnych i nadzór nad sprawnym ich funkcjonowaniem,
 - opracowanie danych o organizacji i funkcjonowaniu podległych jednostek, komórek i stanowisk samodzielnych,
 - organizowanie narad roboczych i spotkań instruktażowych,
 - zatwierdzanie planów urlopów dla podległych jednostek,
 - nadzór nad sprawami prowadzonymi przez jednostki i stanowiska samodzielne podległego pionu,
 - opracowanie i aktualizowanie zakresów czynności podległych kierowników i samodzielnych stanowisk.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych-Głównemu Księgowemu podlegają:
- Zastępca Głównego Księgowego
 - Dział Zamówień Publicznych i Umów
 - Dział Finansowo – Księgowy
 - Dział Płac
 - Dział Ekonomiczny
3. Obowiązki Głównego Księgowego precyzuje ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. 2023 poz. 1270 z póź.zm).

§12.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami

1. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Jest zobowiązany do stałego informowania Dyrektora o bieżących sprawach z zakresu całokształtu swego działania jak również do zawiadamiania o niedociągnięciach, nieprawidłowościach lub brakach. W sprawach, które wymagają decyzji Dyrektora Szpitala przedkłada propozycje co do sposobu ich rozwiązania.
2. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami należy w szczególności :
 - koordynacja i prawidłowa organizacja pracy w zakresie całokształtu zagadnień administracyjnych w Szpitalu,
 - podział i ustalenie zakresu pracy (czynności) dla kierowników podległych komórkom organizacyjnych oraz bieżąca ich weryfikacja,
 - bieżąca kontrola realizacji zadań przez podległe jednostki organizacyjne oraz rozliczanie kierowników tych jednostek z powierzonego mienia, a także egzekwowanie wykonania pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami gospodarności,
 - ustalanie propozycji i wniosków co do sposobu racjonalnego wykorzystania pomieszczeń Szpitalnych, ich zagospodarowania oraz ich proporcjonalnego wyposażenia i estetyki,
 - koordynacja i nadzorowanie działalności Szpitala w zakresie inwestycji i remontów,
 - organizowanie pracy podległych jednostek organizacyjnych i nadzór nad sprawnym ich funkcjonowaniem,
 - opracowanie danych o organizacji i funkcjonowaniu podległych jednostek, komórek i stanowisk samodzielnych,
 - organizowanie narad roboczych i spotkań instruktażowych,
 - zatwierdzanie planów urlopów dla podległych jednostek,

- nadzór nad sprawami prowadzonymi przez jednostki i stanowiska samodzielne podległego pionu,
 - opracowanie i aktualizowanie zakresów czynności podległych kierownikom i samodzielnym stanowisk.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami podlegają:
- Dział Informatyki
 - Dział Zaopatrzenia
 - Dział Administracyjno – Gospodarczy
 - Dział Techniczny

§13.

Lekarz Naczelny

1. Lekarz Naczelny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Zastępuje Dyrektora Szpitala w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz lecnictwem. Jest zobowiązany do stałego informowania Dyrektora o bieżących sprawach z zakresu całokształtu swego działania jak również do zawiadamiania o niedociągnięciach, nieprawidłowościach lub brakach. W sprawach, które wymagają decyzji Dyrektora Szpitala przedkłada propozycje co do sposobu ich rozwiązania.
2. Do obowiązków Lekarza Naczelnego należy w szczególności:
 - sprawowanie nadzoru merytorycznego nad wykonywanymi świadczeniami medycznymi,
 - rozpoznawanie skarg pacjentów dotyczących jakości wykonywanych świadczeń medycznych,
 - współudział w rozstrzyganiu problemów spornych przedstawianych Dyrektorowi Szpitala a dotyczących merytorycznie wykonywanych świadczeń medycznych,
 - nadzorowanie szkolenia lekarzy i personelu medycznego z wyższym wykształceniem dla potrzeb Szpitala, a związanych z udzielaniem świadczeń medycznych przez jednostki i komórki organizacyjne Szpitala,
 - organizowanie szkolenia wewnątrzszpitalowego dla wszystkich pracowników medycznych,
 - koordynacja wykonywania świadczeń medycznych,
 - koordynacja i nadzór nad prawidłową realizacją umów na świadczenia zdrowotne zawartych przez Szpital,
 - organizowanie i koordynowanie współpracy między komórkami działalności podstawowej i komórkami administracji Szpitala,
 - udział w rozpatrywaniu skarg i wniosków pacjentów dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych.
3. Lekarzowi Naczelnemu podlegają następujące jednostki oraz samodzielne stanowiska:
 - Oddziały Szpitalne wraz z blokami operacyjnymi i izbami przyjęć
 - Laboratorium
 - Diagnostyka
 - Jednostki wspomagające działalność podstawową
 - Zespół Poradni Specjalistycznych
 - Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej
 - Dział Żywienia
 - Lekarze Konsultanci – Stanowiska Samodzielne
 - Kapelan szpitalny
 - Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta
 - Lekarz Odpowiedzialny za Gospodarkę Krwią

§14.

Naczelną Pielęgniarką

1. Naczelną Pielęgniarką podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Odpowiada za poziom i jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu, nadzoruje, organizuje i koordynuje pracę pielęgniarek i pozostałego średniego i niższego personelu medycznego Szpitala .
2. Naczelną Pielęgniarką Szpitala jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek oddziałowych oraz pracowników zajmujących stanowiska równorzędne (pielęgniarek samodzielnych, koordynujących, itp.).
3. Naczelną Pielęgniarką Szpitala podlegają pośrednio:
 - Oddziały Szpitalne, Izby Przyjęć, Bloki Operacyjne, Poradnie Przychodni, Pracownie w zakresie personelu pielęgniarskiego i pomocniczego,
 - Centralna Sterylizacja w zakresie personelu pielęgniarskiego
 - Dział Żywnienia - w zakresie prawidłowej współpracy pielęgniarek oddziałowych z Działem Żywnienia.
4. Do zadań Naczelną Pielęgniarki należy w szczególności :
 - wnioskowanie o zatrudnianie średniego personelu medycznego zgodnie z kwalifikacjami oraz racjonalnym rozmieszczeniem i wykorzystaniem tej kadry,
 - dokonywanie wizytacji i kontroli komórek organizacyjnych, również w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w niedziele i święta,
 - prowadzenie instruktażu, wydawanie zaleceń i egzekwowanie ich wykonania,
 - organizowanie doształcania podległych pracowników pod kątem potrzeb Szpitala – kursy doształcące, kwalifikacyjne, specjalizacyjne, prowadzenie nadzoru nad szkoleniem wewnątrzoddziałowym,
 - podejmowanie inicjatyw w zakresie poprawy organizacji i metod pracy oraz zapewnienia pracownikom optymalnych warunków pracy.

§15.

Radca Prawny

1. Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, a do jego obowiązków należy sprawowanie obsługi prawnej Szpitala, której zasady określają przepisy ustawy o radcach prawnych oraz Prawo o adwokaturze.
2. Do obowiązków Radcy Prawnego należy w szczególności :
 - a) udzielanie Dyrektorowi opinii i porad prawnych w zakresie stosowania prawa,
 - b) informowanie Dyrektora o zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działania Szpitala,
 - c) informowanie Dyrektora o uchybieniach w działalności w zakresie przestrzegania prawa i skutkach tych uchybień,
 - d) sprawowanie nadzoru prawnego nad egzekucją należności,
 - e) występowanie w charakterze pełnomocnika w postępowaniu sądowym, arbitrażowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi,
 - f) opiniowanie i parafowanie :
 - wydawanych aktów o charakterze ogólnym,
 - spraw indywidualnych skomplikowanych pod względem prawnym,
 - umów na roboty i usługi, zawartych umów wieloletnich lub nietypowych,
 - wniosków o rozwiązanie z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
 - odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
 - należności spisywanych w straty,

- spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi,
- ugody w sprawach majątkowych,
- umorzenia wierzytelności,
- g) udział w przetwarzaniu danych w trybie ustawy o ochronie danych osobowych, w zakresie udzielonego pełnomocnictwa procesowego przez administratora danych, które polegają na:
 - otrzymaniu danych z Działu Spraw Pracowniczych i Organizacyjno-Prawnych,
 - dalszym przetwarzaniu danych dla celów z pełnomocnictwem związanych,
 - przechowywaniu danych zgodnie z uprawnieniami i obowiązkami wynikającymi ze statusu pełnomocnika procesowego
 - zwrocie danych do Działu Spraw Pracowniczych i Organizacyjno – Prawnych.

§16.

Dział Spraw Pracowniczych i Organizacyjno - Prawnych

1. Dział Spraw Pracowniczych i Organizacyjno-Prawnych podlega Dyrektorowi Szpitala i realizuje zadania z zakresu kadr, spraw socjalnych oraz spraw organizacyjnych.
2. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - załatwianie spraw związanych z angażowaniem i zwalnianiem pracowników, ich przeszeregowaniem i nagradzaniem, sporządzanie umów o pracę, umów cywilno- prawnych i wystawianie świadectw pracy,
 - kompletowanie i prowadzenie akt osobowych pracowników,
 - prowadzenie naboru na wolne stanowiska pracy i selekcji kadr,
 - kontrolowanie przestrzegania dyscypliny pracy oraz uczestnictwo i współpraca z komisją antymobbingową badającą przyczyny konfliktów powstających na tle stosunków pracy,
 - przeprowadzanie okresowej oceny pracowników i realizacja wniosków wynikających z ocen,
 - nadzorowanie programu adaptacji pracowników,
 - prowadzenie procedury badania satysfakcji pracowników oraz sporządzanie analizy,
 - prowadzenie sprawozdawczości z zakresu spraw pracowniczych,
 - prowadzenie ewidencji czasu pracy, dokumentacji związanej z planowaniem oraz wykorzystywaniem urlopów wypoczynkowych, innych nieobecności oraz sporządzanie i kontrola list obecności,
 - prowadzenie spraw związanych ze zgłoszeniem do ubezpieczenia społecznego pracowników i członków ich rodzin, pomoc w przygotowywaniu wniosków dotyczących przejścia pracowników na rentę lub emeryturę,
 - opracowywanie rocznego planu szkoleń dla działu w zakresie szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,
 - ocena dostawców usług szkoleniowych,
 - opracowywanie rocznego sprawozdania z wykonania zaplanowanych szkoleń zewnętrznych,
 - planowanie zmian w strukturze organizacyjnej,
 - prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy/lekarzy dentyistów,
 - udział w pracach nad przygotowaniem ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i innych instytucji,
 - obsługa Portalu Świadczeniodawcy w zakresie zmian organizacyjnych i personalnych,

- przygotowywanie dokumentów niezbędnych do przyznania premii pracownikom,
- opracowanie regulaminu dotyczącego gospodarowania środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, tabel odpłatności, celem zaspokojenia potrzeb socjalnych pracowników,
- dofinansowanie różnych form wypoczynku dla pracowników i członków ich rodzin, dzieci i młodzieży,
- opieka socjalna nad emerytami i rencistami,
- prowadzenie spraw związanych z udzielaniem zapomóg pracownikom, emerytom i rencistom oraz przydzielaniem pożyczek mieszkaniowych na remonty lub budowę mieszkań albo domów pracowników,
- prowadzenie rejestru KRS, księgi rejestrowej,
- opracowywanie i zmiana Regulaminów: Pracy, Organizacyjnego, Premiowania, Wynagradzania,
- przygotowywanie i wdrażanie zmian do Statutu Szpitala,
- obsługa strony internetowej – Biuletyn Informacji Publicznej.

§17.

Dział Zamówień Publicznych i Umów

1. Dział Zamówień Publicznych i Umów podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych-Głównemu Księgowemu.
2. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - a) przygotowanie i przeprowadzenie procesu udzielania zamówień publicznych dla dostaw, usług i robót budowlanych w zakresie:
 - ustalenie w porozumieniu z działem merytorycznym, przedmiotu zamówienia ,
 - opracowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
 - uczestnictwo w pracach Komisji Przetargowej,
 - opracowanie pod względem merytorycznym, we współpracy z Radcami Prawnymi,
 - wzorów umów zawieranych w wyniku udzielanych postępowań o zamówienie publiczne,
 - prowadzenie dokumentacji postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
 - prowadzenie rejestru prowadzonych postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
 - archiwizowanie dokumentacji dotyczącej postępowań o zamówienia publiczne,
 - b) współdziałanie w przygotowaniu ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - c) przygotowanie umów:
 - 1) w ramach usług świadczonych na rzecz Szpitala,
 - 2) w ramach usług świadczonych przez Szpital:
 - sporządzanie aneksów do umów,
 - informowanie oddziałów oraz działów merytorycznych o zawartych umowach,
 - współpraca z Radcami Prawnymi,
 - prowadzenie korespondencji w sprawach dotyczących działu,
 - korespondencja i inne zadania zlecone przez działy merytoryczne,
 - nadzorowanie całości problematyki związanej z realizacją zadań działu,

§18.

Dział Informatyki

1. Dział Informatyki podlega Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami.
2. Do zadań Działu należy w szczególności:

- administrowanie systemami informatycznymi wspomagającymi zarządzanie Szpitalem, w ścisłym kontakcie z firma outsourcingową,
- odpowiedzialność za bezpieczeństwo Systemów Przetwarzania Danych zgodnie z instrukcją o sposobie zarządzania systemami informatycznymi,
- obsługa teletransmisji danych,
- wspieranie i udzielanie rad pracownikom zatrudnionym na stanowiskach komputerowych,
- opieka nad systemami komputerowymi i nadzór nad siecią szpitalną,
- administrowanie serwerem pocztowym i www oraz edycja strony własnej Szpitala, obsługa kont pocztowych,
- przeszukiwanie sieci internetowej w zakresie ogłaszanych komunikatów i konkursów,
- opiniowanie zakupów sprzętu komputerowego oraz systemów lub programów komputerowych, zgłaszanie zapotrzebowania na materiały eksploatacyjne do systemów komputerowych,
- pilotowanie i prowadzenie prac rozwojowych związanych z komputeryzacją Szpitala,
- interwencja we wszystkich sytuacjach awaryjnych dotyczących systemów komputerowych.

§19.

Dział Zaopatrzenia

1. Dział Zaopatrzenia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami.
2. Do głównych zadań Działu należy planowanie i dokonywanie zakupów zgodnie z przepisami ustawy o zamówieniach publicznych w celu zabezpieczenia sprawnego funkcjonowania Szpitala oraz magazynowanie materiałów i towarów. Ponadto do obowiązków Działu należy:
 - a) rejestrowanie i analiza zapotrzebowań składanych przez jednostki i komórki organizacyjne, sporządzanie planów finansowych zakupów materiałowo-sprzętowych oraz planów zakupów inwestycyjnych sprzętu i aparatury medycznej,
 - b) sporządzanie terminarza realizacyjnego wszczętych postępowań o zamówienie publiczne,
 - c) składanie zamówień i dokonywanie zakupów urządzeń, sprzętu, materiałów i aparatury i sprzętu medycznego, gazów technicznych, sprzętu technicznego, laboratoryjnego, odczynników i testów, chemikaliów, sprzętu gospodarczego, artykułów biurowych, mebli, materiałów budowlanych, sprzętu ochronnego BHP i p.poż. druków, pieczętek itp., zgodnie z potrzebami Szpitala, w oparciu o ustawę o zamówieniach publicznych,
 - d) przekazywanie zakupionych towarów do magazynów,
 - e) prowadzenie rejestru umów dotyczących zakupów realizowanych przez Dział Zaopatrzenia,
 - f) prowadzenie analizy realizacji zamówień na towary,
 - g) terminowe rozliczanie faktur i doraźnych zakupów gotówkowych,
 - h) załadunek i rozładunek materiałów i sprzętu przywożonego lub wywożonego z Szpitala.
3. W zakresie gospodarki magazynowej do obowiązków Działu należy:
 - a) przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie towarów zgodnie z dokumentacją,
 - b) nadawanie kodów towarowo- materiałowych, rejestrowanie w systemie komputerowym,
 - c) zabezpieczenie pomieszczeń magazynowych przed kradzieżą, pożarem oraz utrzymanie w nich odpowiedniego stanu sanitarno – higienicznego,

- d) monitorowanie wykorzystania limitów materiałowych przez jednostki organizacyjne Szpitala
 - e) wystawianie dowodów pobrania i zwrotów z/do magazynów Szpitala.
4. Magazynier ponosi odpowiedzialność materialną za ilościowy i jakościowy stan wszystkich powierzonych mu materiałów i towarów znajdujących się w magazynach, które prowadzi.

§20.

Dział Administracyjno - Gospodarczy

1. Dział Administracyjno – Gospodarczy podlega Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami.

2. Kierownikowi Działu podlegają następujące komórki i stanowiska pracy:

- a) Transport Wewnętrzny
- b) Magazyn Bielizny Brudnej i Czystej
- c) Centrala Telefoniczna
- d) Kancelaria
- e) Sekcja Utrzymania Czystości
- f) plastik, szatniarki, placowi.

3. Do obowiązków Działu należy:

- a) w zakresie spraw administracyjno-gospodarczych:
 - monitorowanie umów na: dostawę wody, odprowadzanie ścieków, dostarczanie ciepła, energii elektrycznej, dostarczanie gazu, ubezpieczenie Szpitala, ochronę mienia, wywóz i utylizację śmieci, usługi transportu sanitarnego i przewozu izotopów, czystościowe, telekomunikacyjne, dzierżawy pomieszczeń itp.
 - sprawdzanie, rozliczanie oraz zatwierdzanie faktur do w/w umów,
 - przyjmowanie, ewidencja i wysyłanie poczty Szpitala,
 - kontrola pracy pracowników obsługi, sporządzanie kart czasu pracy,
 - kontrola książek raportów pracowników ochrony, bieżąca kontrola stanu sanitarno-higienicznego Szpitala, prawidłowego zabezpieczenia mienia itp.,
- b) w zakresie transportu wewnętrznego:
 - przewóz pacjentów z oddziałów na badania, transport leków, płynów i materiałów opatrunkowych, posiłków, naczyń, czystej i brudnej bielizny oraz innych towarów na terenie Szpitala,
 - transport zwłok,
 - nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem instalacji tlenowej i nad zbiornikami tlenu i azotu, sporządzanie miesięcznych sprawozdań zużycia tlenu
 - zakładanie blokad kół samochodom zaparkowanym w miejscach niedozwolonych,
 - pomoc w pracach za i wyładunkowych,
 - opracowanie harmonogramu i kart czasu pracy.

Pracownicy ponoszą odpowiedzialność za właściwe i zgodne z przeznaczeniem użytkowanie środków transportu, utrzymanie ich w należytej czystości zgodnie z przepisami sanitarno – epidemiologicznymi oraz w pełnej sprawności technicznej.

- c) w zakresie magazynu bielizny brudnej i czystej zapewnienie komórkom organizacyjnym Szpitala płynnego prowadzenia gospodarki bielizną tj.:
 - przyjmowanie od komórek organizacyjnych w ustalonych godzinach brudnej bielizny
 - przekazywanie przyjętego asortymentu do pralni zewnętrznej
 - przekazywanie komórkom organizacyjnym w ustalonych godzinach wypranej bielizny
 - utrzymywanie kontaktów z komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz pralnią zewnętrzną w celu prawidłowej realizacji procesu prania i zaistniałych reklamacji
 - przyporządkowanie kosztów prania poszczególnym ośrodkom
 - ewidencjonowanie prowadzonej działalności

- d) w zakresie łączności:
 - zapewnienie sprawnej łączności wewnętrznej i zewnętrznej w zakresie połączeń miejscowych, międzymiastowych i międzynarodowych, przyjmowania i nadawania telegramów,
 - zgłaszanie stwierdzonych uszkodzeń w centrali i sieci telefonicznej, przyjmowanie zgłoszeń o uszkodzeniach aparatów lub sieci,
 - e) w zakresie kancelarii Szpitala:
 - obsługa sekretariatu Dyrektora,
 - przyjmowanie i rejestracja korespondencji przychodzącej
 - przyjmowanie i rejestracja korespondencji wychodzącej
 - ewidencjonowanie zarządzeń wewnętrznych
 - f) w zakresie sekcji utrzymania czystości:
 - ciągłe utrzymanie wysokiego poziomu higieny na wyznaczonym terenie Szpitala zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami
5. Do zadań plastyka należy projektowanie i wykonywanie prac w zakresie liternictwa, prac planszowych, projektowanie szyldów i tablic informacyjnych.
6. Placowy ma za zadanie utrzymywanie ładu i porządku na terenie Szpitala oraz przyległych do posesji chodników, koszenie trawy, odgarnianie śniegu i liści, posypywanie piaskiem terenu Szpitala w okresie zimy.

§21.

Dział Techniczny

1. Dział Techniczny podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Zarządzania Nieruchomościami.
2. Kierownikowi Działu podlegają następujące komórki :
 - a) Warsztat,
 - b) Kotłownia,
 - c) Stolarnia,
 - d) Sekcja Konserwatorów Aparatury Medycznej.
 1. Do zadań Działu Technicznego należy:
 - a) utrzymanie w stałej gotowości technicznej wszystkich obiektów Szpitala,
 - b) kontrola utrzymania w stałej gotowości technicznej aparatury medycznej i sprzętu AGD niezbędnego do wykonywania usług w zakresie lecznictwa zamkniętego i otwartego, kontrola stanu technicznego sprzętu medycznego, gospodarczego i technicznego, nadzór serwisów
 - c) rozliczanie faktur za remonty i naprawy,
 - d) opracowywanie planów inwestycji i remontów (wieloletnie, roczne i okresowe na poszczególne obiekty szpitalne, zlecenie opracowywania Projektów Technicznych na roboty remontowo – budowlane i inwestycyjne
 - e) wyliczanie przewidywanych kosztów remontów poprzez sporządzanie kosztorysów inwestorskich w uzgodnieniu i zatwierdzeniu ich przez inspektorów nadzoru danej branży.
 - f) przygotowanie materiałów do przetargów w zakresie inwestycji, remontów i napraw,
 - g) zlecenie wykonywania napraw, przeglądów i konserwacji sprzętu medycznego i urządzeń niemedycznych
 - h) zlecenie wykonania inwestycji i remontów, uczestnictwo w zawieraniu umów z wykonawcami, nadzór nad przeprowadzaniem remontów, koordynacja robót przez inspektorów nadzoru
 - i) rozliczanie kosztów poniesionych nakładów na inwestycje i remonty, naprawy, przeglądy i konserwacje
 - j) prowadzenie ksiąg obiektów zgodnie z obowiązującymi przepisami,

- k) przygotowywanie danych do sprawozdań do GUS, Ministerstwa Zdrowia , Śląskiego Uniwersytetu Medycznego itp.

Warsztat:

- a) całodobowe zabezpieczenie obiektów Szpitalnych w media,
- b) całodobowa obsługa wymiennikowni CO
- c) bieżące usuwanie usterek i awarii zgłaszanych przez jednostki SPSK-M,
- d) bieżąca obsługa systemów klimatyzacyjnych, agregatów prądotwórczych, sprężarek, hydroforni, wymiennikowni, rozdzielni elektrycznych, zabezpieczenie instalacji oświetlenia awaryjnego,
- e) czyszczenie przewodów wentylacyjnych, studzienek kanalizacyjnych i deszczowych,
- f) bieżąca dbałość o porządek i estetykę na terenie Szpitala.

Kotłownia:

- a) całodobowe zabezpieczenie obiektów Szpitala w parę technologiczną i ciepłą wodę,
- b) utrzymanie w stałej gotowości technicznej kotłów,
- c) bieżąca rejestracja pracy kotłów,

Stolarnia:

- a) usuwanie wszelkich usterek i awarii stolarki,
- b) drobna naprawa drewnianych sprzętów
- c) wykonywanie drewnianych elementów.

Sekcja Konserwatorów Aparatury Medycznej:

- a) techniczna opieka nad sprzętem i aparaturą diagnostyczną i terapeutyczną w jednostkach organizacyjnych szpitala, a w szczególności:
 - nadzór nad właściwym użytkowaniem sprzętu i aparatury medycznej zwłaszcza pod kątem bezpieczeństwa pacjenta i personelu,
 - szczególny nadzór nad grupą sprzętu i aparatury ratującej życie,
 - nadzór nad terminową realizacją harmonogramów okresowych przeglądów sprzętu i aparatury w tym również wymagającej specjalistycznych serwisów
 - wykonanie przeglądów okresowych pozostałych aparatów i urządzeń
 - wykonywanie badań i pomiarów mających na celu określenie sprawności sprzętu i aparatury,
- b) dokonywanie wstępnej oceny występujących uszkodzeń i awarii, wykonywanie prostych napraw i konserwacji, kwalifikowanie do napraw serwisowych,
- c) dokonywanie bieżącej kontroli poprawności dokumentowania przeglądów i napraw oraz prowadzenia wpisów w paszportach technicznych,
- d) nadzór nad gromadzeniem i przechowywaniem dokumentacji technicznej sprzętu i aparatury,
- e) prowadzenie gospodarki częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi niezbędnymi do zapewnienia ciągłości pracy sprzętu i aparatury,
- f) udział w komisjach odbiorowych nowego sprzętu i aparatury oraz nadzór nad formalną prawidłowością procesu dopuszczenia do eksploatacji,
- g) udział w zespołach kasacyjnych wg obowiązujących procedur.

§22

Specjaliści ds. BHP i Specjalista ds. p. poż./Inspektor ds. p.poż.

1. Specjaliści ds. BHP i Specjalista ds. p.poż. podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Specjalisty ds. BHP należy w szczególności:
 - przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 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
 - udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju Szpitala przedstawienie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno – organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy
 - udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji Szpitala albo jego części, a także nowych inwestycji oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji
 - udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników
 - zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procedurach,
 - przedstawienie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy
 - udział w opracowaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ustalaniu zasad 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 przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy
 - udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą
 - doradztwo w zakresie organizacji 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 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 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
- współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach
- współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników
- 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 zakresie ustalonym w odrębnych przepisach
 - podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu raw pracowniczych
 - poprawę warunków pracy
- inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii

3. Do zadań Specjalisty w zakresie ochrony przeciwpożarowej należy:

- przeprowadzanie okresowych i doraźnych kontroli stanu ochrony przeciwpożarowej i sprawdzanie stopnia przestrzegania przepisów pożarowych,
- planowanie potrzeb wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia pożarowe,
- udział w komisjach odbioru obiektów, urządzeń i instalacji, prowadzenie analizy i ewidencji pożarów,
- sprawowanie nadzoru nad prawidłowością rozmieszczenia, stanem gotowości i konserwacji sprzętu i urządzeń przeciwpożarowych, prawidłowym utrzymaniem dróg ewakuacyjnych i pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów p.poż,
- współdziałanie z właściwymi służbami w zakresie ustalania warunków bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo niebezpiecznych, przy pracach modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych,
- wnioskowanie o ukaranie pracowników odpowiedzialnych za właściwą organizację ochrony przeciwpożarowej w przypadku stwierdzenia braku właściwego nadzoru w przestrzeganiu obowiązujących przepisów przeciwpożarowych,
- współpraca z Komendą Straży Pożarnych w zakresie zapewnienia właściwych warunków ochrony przeciwpożarowej,
- prowadzenie szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu ochrony przeciwpożarowej,
- opiniowanie planowanych przedsięwzięć remontowych przeprowadzanych w obiektach szpitalnych pod względem ochrony przeciwpożarowej,

- współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania warunków bezpieczeństwa p.poż w pomieszczeniach i obiektach remontowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4. Do zadań inspektora ds. p.poż należy:

- prowadzenie kontroli stanu bezpieczeństwa pożarowego, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie obowiązujących w SPSK-M.
- sprawowanie nadzoru nad prawidłowością rozmieszczenia, stanem gotowości i konserwacją sprzętu oraz urządzeń przeciwpożarowych, prawidłowym oznakowaniem dróg ewakuacyjnych i pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów ppoż. itp.,
- opiniowanie planowanych przedsięwzięć remontowych w obiektach szpitalnych pod względem ochrony p.poż.
- planowanie potrzeb wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia przeciwpożarowe,
- udział w komisjach popożarowych mających na celu ustalenie przyczyn, okoliczności oraz sprawców pożarów.
- udział w komisja odbioru obiektów, urządzeń i instalacji pod względem ochrony przeciwpożarowej,
- współdziałanie z właściwymi służbami i komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania warunków bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo niebezpiecznych, przy remontach, pracach modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- nadzorowanie prac budowlanych i instalacyjnych pod względem spełnienia warunków ochrony przeciwpożarowej,
- prowadzenie szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu ochrony przeciwpożarowej,
- organizowanie ćwiczeń przeciwpożarowych i ewakuacyjnych,
- współpraca z jednostkami ochrony przeciwpożarowej w zakresie zapewnienia właściwych warunków ochrony przeciwpożarowej,
- występowanie do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń pożarowych,
- występowanie do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa pożarowego,
- występowanie do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa pożarowego.

§23.

Specjalista ds. Obrony Cywilnej

1. Stanowisko ds. Obrony Cywilnej podporządkowane jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zakresu jego obowiązków należy:
 - opracowanie dokumentacji planistycznej i szkoleniowej dotyczącej spraw obronnych i obrony cywilnej oraz utrzymanie ich w ciągłej aktualności,
 - opracowanie Planu Obrony Cywilnej SPSK – M zgodnie z wytycznymi Wydziału Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Katowice i jego bieżąca aktualizacja,
 - opracowanie rocznych sprawozdań i informacji dla potrzeb Wydziału Zarządzania Kryzysowego Ochrony Ludności i Spraw Obronnych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz dla Rektoratu ŚUM:
 - sprawozdanie z zakresu przygotowań obronnych,
 - sprawozdanie ze szkolenia obronnego,
 - sprawozdanie o stanie specjalistycznego medycznego wyposażenia,
 - informacji o stanie kadr medycznych,

- informacji o bazie magazynowej sprzętu OC,
- inne zgodnie z otrzymanym zapotrzebowaniem,
- organizowanie szkolenia obronnego dla grupy kierowania obroną cywilną, kadry kierowniczej, załogi i formacji OC,
- prowadzenie dokumentacji szkoleniowej dla poszczególnych grup szkolenia,
- udział w odprawach, naradach, szkoleniach kursowych i doskonalących oraz instruktorsko – metodycznych,
- prowadzenie dokumentacji związanej z reklamowaniem żołnierzy rezerwy przewidzianych na uzupełnienie etatu w czasie „W”,
- nadawanie przydziałów organizacyjno – mobilizacyjnych dla członków formacji obrony cywilnej,
- opracowanie rocznego harmonogramu zamierzeń obrony cywilnej,
- wykonywanie dokumentów zawierających tajemnicę państwową lub służbową zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych oraz nadanie im właściwego oznakowania i obiegu,
- utrzymywanie ścisłej współpracy z instytucjami zakładami pracy na rzecz obronności i obrony cywilnej.

§24.

Dział Audytu i Kontroli

1. Dział Audytu i Kontroli podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zakresu zadań Działu Audytu i Kontroli należy zapewnienie w szczególności:
 - zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
 - skuteczności i efektywności działania,
 - wiarygodności sprawozdań,
 - ochrony zasobów,
 - efektywności i skuteczności przepływu informacji,
 - zarządzanie ryzykiem
 - współpraca z audytorami i kontrolerami wewnętrznymi i zewnętrznymi.
 - ogółu działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań zgodnych z prawem w sposób efektywny, oszczędny i terminowy.

§25.

Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej

1. Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
2. Za prawidłowe wykonywanie zadań jednostki odpowiedzialny jest Kierownik.
3. Kierownikowi Działu podlegają stanowiska statystyków i rejestratorów w Poradniach Szpitala.
4. Do zadań Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej należy :
 - nadzór nad prowadzeniem Księgi Głównej i innej dokumentacji związanej z pobytem chorego w szpitalu i poradni,
 - sporządzanie sprawozdań wynikających z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia,
 - sporządzanie meldunków i sprawozdań do Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego i Urzędu Statystycznego, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
 - rozliczanie i potwierdzanie wykonania usług medycznych wynikających z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia,

- składanie zamówień na potrzebne druki medyczne dla jednostek organizacyjnych Szpitala,
- przekazywanie Kart Zgłoszenia Nowotworów Złośliwych do jednostki prowadzącej regionalny rejestr onkologiczny, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- wydawanie na żądanie uprawnionym do tego organom i osobom fizycznym kserokopii lub oryginałów historii chorób, zaświadczeń dotyczących pobytu i leczenia w SPSK im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach,
- prowadzenie archiwum,
- przekazywanie Oddziałom SPSK im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach informacji o liczbie wykonywanej wartości punktowej z poszczególnych zakresów umów zawartych z NFZ.

§26.

Dział Finansowo- Księgowy

1. Dział Finansowo - Księgowy podlega Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównemu Księgowemu.
2. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy m. in:
 - a) kontrola formalno- rachunkowa wpływających do działu faktur i rachunków
 - b) bieżące księgowanie wszystkich operacji gospodarczych dotyczących:
 - zakupu (towarów, usług),
 - sprzedaży,
 - obrotu gotówkowego dokonywanego w kasie,
 - obrotu bezgotówkowego na rachunkach bankowych,
 - wynagrodzeń,
 - pozostałych rozrachunków z pracownikami (np. ZFŚS),
 - zobowiązań publiczno – prawnych (ZUS, US),
 - pozostały operacji kosztowych dotyczących np. amortyzacji, ewidencji środków trwałych i wyposażenia itp.,
 - dokumentów magazynowych,
 - c) wystawianie not korygujących,
 - d) rozliczanie zaliczek, delegacji krajowych i zagranicznych, ryczałtów samochodowych,
 - e) prowadzenie rejestru udzielonych pożyczek mieszkaniowych i ich spłat w programie ZFM,
 - f) obsługa kasy Szpitala,
 - g) obsługa rachunków bankowych i sporządzanie przelewów,
 - h) zabezpieczenie wypłaty dewiz,
 - i) bieżące regulowanie zobowiązań z tytułu zakupu, wynagrodzeń, podatków, ubezpieczeń itp.
 - j) kontrola i windykacja należności,
 - k) prowadzenie korespondencji z kontrahentami,
 - l) sporządzanie zestawień obrotów i sald kont syntetycznych i analitycznych w układzie miesięcznym i narastającym,
 - m) uzgadnianie ewidencji syntetycznej i analitycznej kont rozrachunkowych z dostawcami i odbiorcami,
 - n) analizowanie: rozrachunków publicznoprawnych, pozostałych rozrachunków, rozrachunków z pracownikami, przychodów i kosztów związanych z ich osiągnięciem, funduszy własnych, funduszy specjalnych, wyniku finansowego,
 - o) fakturowanie sprzedaży towarów i usług medycznych oraz niemedyycznych,
 - p) sporządzanie rejestru sprzedaży,

- q) sporządzanie deklaracji VAT-7, CIT-8, CIT- 2,
- r) sprawozdawczość finansowa (miesięczna, kwartalna, roczna) dla:
 - Zarządu Szpitala,
 - Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
 - Ministerstwa Zdrowia,
 - Urzędu Skarbowego.

§27.

Dział Płac

1. Dział Płac podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównemu Księgowemu.
2. Do zadań Działu Płac należy m.in:
 - a) sporządzanie list płac:
 - wynagrodzenia brutto,
 - zasiłki z ubezpieczenia chorobowego i budżetu państwa,
 - potrącenia,
 - b) naliczanie wynagrodzeń z tytułu umów- zleceń, umów o dzieło, umów o świadczenie usług medycznych,
 - c) wykonywanie zadań wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym:
 - naliczanie składek,
 - sporządzanie deklaracji oraz raportów imiennych,
 - korekty dokumentów,
 - informacje o przychodach emerytów i rencistów – zawieszalność świadczeń,
 - d) wykonywanie zadań wynikających z ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych:
 - naliczanie zaliczki podatkowej i podatku zryczałtowanego,
 - sporządzanie deklaracji i informacji dla pracowników i urzędów skarbowych,
 - e) wykonywanie zadań wynikających z ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu:
 - f) wykonywanie zadań wynikających z ustawy o emeryturach i rentach z FUS:
 - sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniach – Rp-7 do kapitału początkowego,
 - sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniach do wniosków o emerytury i renty,
 - g) naliczanie składki i sporządzanie dokumentacji dotyczącej PFRON,
 - h) sporządzanie innych dokumentów i zaświadczeń – opieka społeczna, urzędy, sądy, banki, komornicy itp.

§28.

Dział Ekonomiczny

1. Dział Ekonomiczny podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównemu Księgowemu.
2. Do zakresu zadań Działu Ekonomicznego należy m in:
 - przygotowanie informacji niezbędnych do zarządzania Szpitalem poprzez gromadzenie, opracowanie, przetwarzanie danych oraz analizę otrzymanych informacji,
 - ewidencja majątku Szpitala:
 - a) ewidencja wartości niematerialnych i prawnych,
 - b) ewidencja środków trwałych,
 - c) ewidencja środków trwałych o niższej wartości początkowej,
 - sporządzanie planu amortyzacji,

- obliczanie wysokości odpisów amortyzacyjnych,
- ewidencja wskaźników kosztowych ośrodków pomocniczych o charakterze medycznym i niemedyceznym,
- sporządzanie indywidualnych kalkulacji kosztów leczenia pacjenta,
- opracowanie i monitorowanie budżetów ośrodków działalności podstawowej,
- rozliczanie kosztów pośrednich działalności pomocniczej Szpitala,
- dostarczanie informacji ekonomicznych umożliwiających planowanie i kontrolowanie efektywnego wykorzystania zasobów,
- analiza działalności Szpitala prowadzona w celu oceny jego sytuacji ekonomiczno-finansowej,
- wspomaganie w podejmowaniu racjonalnych decyzji ekonomicznych, dostarczanie informacji o charakterze finansowym i niefinansowym, przekazywanie informacji do jednostek organizacyjnych Szpitala,
- prowadzenie wieloprofilowego rachunku kosztów,
- sporządzanie sprawozdań i analiz ekonomicznych, a w szczególności:
- analizy kosztów całkowitych, przebiegu zmienności kosztów, pomiaru stopnia zmienności kosztów
- analizy prognozy rentowności, wyników finansowych, oceny sytuacji gospodarczej i finansowej wg metody porównań wskaźnikowych,
- kalkulacji ceny sprzedaży, określania poziomu opłacalności usług, analizy jednostkowych kosztów własnych,
- analizy kosztów pracy,
- analizy struktury asortymentowej wykonywanych świadczeń oraz poziomu rytmiczności,
- analizy gospodarowania środkami trwałymi, produktywności środków trwałych, ilościowych i jakościowych zmian w środkach trwałych, wpływu gospodarowania środkami trwałymi na wyniki ekonomiczne,
- analizy wyników finansowych,
- analizy liczby i kosztów procedur medycznych w ośrodkach działalności podstawowej, pomocniczej o charakterze medycznym i niemedyceznym.
- przygotowywanie ofert do NFZ, Ministerstwa Zdrowia i pozostałych jednostek Służby Zdrowia,
- Sporządzanie sprawozdania rocznego z działalności Szpitala.

§29.

Zastępca Głównego Księgowego

1. Zastępca Głównego Księgowego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównemu Księgowemu.

2. Do zakresu jego zadań należy m in:

- prowadzenie rachunkowości Szpitala – bezpośrednie nadzorowanie i koordynowanie pracy w Dziale Finansowo – Księgowym,
- bieżące aktualizowanie sposobu prowadzenia rachunkowości – zgodnie ze zmianami w przepisach prawnych,
- opracowywanie projektów wewnętrznej dokumentacji dotyczącej prowadzenia rachunkowości – zasad (polityki) rachunkowości Szpitala oraz dokumentacji w sprawie obiegu dokumentów finansowo – księgowych, zasad gospodarki kasowej, ewidencji majątku rzeczowego Szpitala, terminów i metod inwentaryzacji (instrukcji inwentaryzacyjnej),

- współdziałal przy sporządzaniu sprawozdań finansowych i deklaracji podatkowych (VAT, CIT)
- nadzorowanie prawidłowej realizacji obrotu gotówkowego i bezgotówkowego:
 - przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
 - wykonanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
- bieżąca analiza stanu środków pieniężnych na rachunkach bankowych oraz dokonywanie dyspozycji ustanowienia lokat,
- prowadzenie współpracy z bankiem obsługującym budżet Szpitala, m.in. poprzez przygotowanie dokumentów dotyczących otwierania i zamykania rachunków bankowych, wprowadzenie zmian do karty wzorów podpisów, wprowadzenia zmian do zakresu usług bankowych,
- wykonywanie innych poleceń (czynności) zleconych przez Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównego Księgowego,
- podczas nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównego Księgowego wykonywanie zadań i obowiązków wynikających art. 44 ustawy o finansach publicznych.

§30.

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

1. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:
 - 1) czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta;
 - 2) przekazywanie informacji o zasadach i trybie składania skarg w przypadku naruszenia praw pacjenta;
 - 3) rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów i ich rodziny;
 - 4) podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacji tego wymagających związanych z realizacją praw pacjenta;
 - 5) stały monitoring realizacji praw pacjenta;
 - 6) współpraca z kierownikami oddziałów i kierownikami innych medycznych komórek organizacyjnych w zakresie przestrzegania praw pacjenta;
 - 7) upowszechnianie wśród personelu oraz pacjentów postanowień zawartych w Karcie Praw i Obowiązków Pacjenta.

§31.

Kapelan szpitalny

1. Kapelan podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu
2. Kapelan pełni obowiązki duszpasterskie w szpitalu zgodnie z przepisami prawa kościelnego oraz wytycznymi uzgodnionymi z dyrektorem w oparciu o art. 31 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o Stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2019 poz. 1347)

§32.

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

1. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością w zakresie swoich obowiązków podlega Dyrektorowi.
2. Do zakresu zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością należy nadzór i kontrola nad systemem zarządzania jakością w Szpitalu.

§33.

Inspektor Ochrony Danych

1. Inspektor Ochrony Danych w zakresie swoich obowiązków podlega Dyrektorowi.
2. Zadaniem Inspektora Ochrony Danych jest nadzorowanie i koordynowanie w SPSK-M zasad postępowania przy przetwarzaniu danych, a w szczególności:
 - a) Monitorowanie przestrzegania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz Polityki Ochrony Danych Osobowych Administratora w dziedzinie ochrony danych, w tym obowiązków Administratora
 - b) doradztwo w zakresie zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych osobowych przetwarzanych w SPSK-M, a w szczególności zabezpieczenie danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranie przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy, zmianą, utratą uszkodzeniem lub zniszczeniem,
 - c) zapewnienie kontroli nad tym, jakie dane osobowe, kiedy i przez kogo zostały wprowadzone oraz komu są przekazywane,
 - d) klasyfikowanie zbiorów danych osobowych przetwarzanych w SPSK-M,
 - e) szkolenie personelu oraz prowadzenie audytów
 - f) inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć w zakresie doskonalenia ochrony danych osobowych,
 - g) wnioskowanie o usunięcie uchybień w razie stwierdzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych,
 - h) prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
 - i) prowadzenie ewidencji miejsc przetwarzania danych osobowych i sposobu ich zabezpieczenia,
 - j) prowadzenie ewidencji udostępnionych danych osobowych na wniosek osób lub podmiotów skierowany w sprawie pracowników komórek organizacyjnych SPSK- M,
 - k) opracowywanie programu szkoleń
 - l) realizacja pozostałych zadań określona jest w RODO

§34.

Specjalista ds. Higieny i Epidemiologii

1. Do zadań Specjalisty ds. Higieny i Epidemiologii należy:
 - nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego Szpitala,
 - nadzorowanie sposobu przechowywania sterylnego sprzętu medycznego i aparatury medycznej,
 - określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
 - analizowanie źródeł zakażeń szpitalnych,
 - przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego oraz przedstawianie wyników prac kadrze kierowniczej Szpitala,
 - nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych związanej z rejestracją pacjentów i personelu w przypadku zakażeń szpitalnych,
 - uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentami z zakażeniem szpitalnymi,
 - nadzorowanie systemu izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
 - współpracowanie z komórkami organizacyjnymi odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu w tym z Inspektorem BHP,

- organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych i prawidłowego żywienia pacjentów,
 - uczestniczenie w kontrolach prowadzonych przez stacje sanitarno – epidemiologiczne,
 - prowadzenie współpracy z Powiatową i Wojewódzką Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną,
 - nadzorowanie terminowego i rzetelnego wykonania zaleceń służb sanitarno-epidemiologicznych,
 - prowadzenie szkolenia sanitarno-epidemiologicznego dla nowo przejętych pracowników.
2. Specjalista ds. Higieny i Epidemiologii podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§35

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych

1. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych posiada:
 - obywatelstwo polskie,
 - odpowiednie poświadczenie bezpieczeństwa potwierdzone aktualnym certyfikatem wydanym przez Agencję Bezpieczeństwa Teleinformatycznego,
 - aktualne zaświadczenie o szkoleniu z zakresu ochrony informacji niejawnych oraz poświadczenie bezpieczeństwa wydane przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego,
3. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych podlega bezpośrednio kierownikowi jednostki organizacyjnej i odpowiada w szczególności za:
 - 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;
 - d) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;
 - e) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych mających na celu zapoznanie z przepisami dotyczącymi ochrony informacji niejawnych oraz odpowiedzialności karnej, dyscyplinarnej i służbowej za ich naruszenie, w szczególności za nieuprawnione ujawnienie informacji niejawnych;
 - f) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto, obejmującego wyłącznie:
 - imię i nazwisko,
 - numer PESEL,
 - imię ojca,
 - datę i miejsce urodzenia,
 - adres miejsca zamieszkania lub pobytu,
 - datę wydania oraz numer;
 - g) opracowanie i uaktualnianie:
 - planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej,
 - instrukcję dotyczącą sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone”

- w podległych komórkach organizacyjnych oraz zakres i warunki stosowania środków bezpieczeństwa fizycznego w celu ich ochrony;
- h) odpowiedzialność za zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych funkcjonujących w jednostce organizacyjnej oraz zasad ochrony informacji niejawnych przetwarzanych w systemach teleinformatycznych, w tym właściwego i bezpiecznego obiegu dokumentów oraz informatycznych nośników danych;
 - i) prowadzenie procesu szacowania ryzyka dla bezpieczeństwa informacji niejawnych;
 - j) uczestniczenie w opracowywaniu projektów dokumentów regulujących w danej jednostce organizacyjnej problematykę ochrony przetwarzanych w systemach teleinformatycznych informacji niejawnych.

§36.

Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi. Do zadań Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej należy inicjowanie, koordynowanie i nadzorowanie działań niezbędnych dla zapewnienia w SPSK-M odpowiednich warunków ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego i zapobiegania medycznemu wypadkom radiologicznym, zgodnie z obowiązującymi aktualnie w tym zakresie normami i przepisami prawa (ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe, Dyrektywa 2013/59/EURATOM), w tym w szczególności:

- 1) informowanie Dyrektora o stanie ochrony radiologicznej w SPSK-M; przedstawianie w formie pisemnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, oraz propozycji w zakresie polepszenia tego stanu lub usunięcia ewentualnych nieprawidłowości;
- 2) wydawanie Dyrektorowi opinii na temat badania i sprawdzania urządzeń ochronnych, obejmującej w szczególności:
 - a) ocenę urządzeń mających wpływ na ochronę radiologiczną - przed dopuszczeniem do ich stosowania,
 - b) dopuszczenie do stosowania nowych lub zmodyfikowanych źródeł promieniowania jonizującego, z punktu widzenia ochrony radiologicznej,
 - c) częstotliwość sprawdzania skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem;
- 3) ustalanie i zapewnienie niezbędnego wyposażenia SPSK-M w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym; składanie zapotrzebowania na zakup wyposażenia zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami wewnętrznymi,
- 4) nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
- 5) wydawanie Dyrektorowi opinii, w ramach badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz sprawności i właściwego użytkowania przyrządów pomiarowych;
- 6) opiniowanie oraz nadzór nad wdrożeniem, realizacją i aktualizacją wewnętrznych aktów prawnych i dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej; występowanie do Dyrektora z wnioskami o wprowadzenie nowych regulacji wewnętrznych i dokumentacji lub aktualizację obowiązujących;
- 7) opracowywanie i realizacja szpitalnego programu wstępnych i okresowych szkoleń pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 8) opracowanie szpitalnego programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych, przedstawienie go do zatwierdzenia Dyrektorowi; nadzór nad realizacją programu;

- 9) nadzór nad wdrożeniem i bieżącym prowadzeniem centralnej szpitalnej ewidencji pracowników podlegających ochronie radiologicznej i łącznych dawek promieniowania przyjętych przez nich w poszczególnych jednostkach SPSK-M, w których wykonują pracę;
- 10) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek;
- 11) niezwłoczne informowanie Dyrektora w przypadku wstrzymania prac w warunkach narażenia, w związku z naruszeniem warunków zezwolenia lub wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego;
- 12) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie SPSK-M zaistnieje zdarzenie radiacyjne;
- 13) koordynowanie współpracy SPSK-M z podmiotami zewnętrznymi w zakresie ochrony radiologicznej, w tym w szczególności:
- a) nadzór nad przygotowywaniem i uzyskiwaniem przez SPSK-M wszelkiej wymaganej dokumentacji, w tym m.in. zezwoleń właściwych organów na uruchamianie i stosowanie urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące,
 - b) koordynowanie ze strony SPSK-M kontroli przeprowadzanych przez uprawnione organy oraz nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych,
 - c) koordynowanie współpracy SPSK-M z akredytowanym laboratorium pomiarowym w zakresie pomiarów dawek promieniowania,
 - d) koordynowanie współpracy SPSK-M z podmiotem prowadzącym centralny rejestr dawek w wymaganym zakresie.

CZEŚĆ VI ZAKŁADY SZPITALA

§37.

Zakłady

W ramach Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego w Katowicach funkcjonują dwa zakłady lecznicze:

- Lecznictwo Zamknięte
- Lecznictwo Otwarte – Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna

§38.

Lecznictwo Zamknięte

1. W ramach zakładu leczniczego - Lecznictwo Zamknięte funkcjonują następujące jednostki i komórki organizacyjne, których zakres działania szczegółowo opisany jest w Załączniku Nr 4 do Statutu Szpitala:
 - a. Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej
 - Odcinek Nr 1 Chorób Wewnętrznych
 - Odcinek Nr 2 Endokrynologii
 - Odcinek Nr 3 Onkologii Klinicznej
 - Izba Przyjęć Oddziału Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej
 - b. Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku
 - Odcinek Nr 1 Hematologii
 - Odcinek Nr 2 Transplantacji Szpiku
 - Izba Przyjęć Oddziału Hematologii i Transplantacji Szpiku
 - c. Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
 - Odcinek Nr 1 Transplantacji

- Odcinek Nr 3 Nefrologii
- Odcinek Nr 4 Chorób Wewnętrznych
- Izba Przyjęć Oddziału Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
- d. Stacja Dializ
- Odcinek Nr 2 Dializ Pozaustrojowych
- Odcinek Nr 5- Dializoterapia Otrzewnowa
- e. Oddział Otorynolaryngologii
- Odcinek Nr 1 Otorynolaryngologii
- Odcinek Nr 2 Audiologii i Foniatrii
- Odcinek Nr 3 Wszczepiania Implantów
- Blok Operacyjny Otorynolaryngologii
- Izba Przyjęć Oddziału Otorynolaryngologii
- f. Oddział Dermatologii
- Odcinek Dermatologii i Wenerologii
- Gabinet Dermatologii
- Izba Przyjęć Oddziału Dermatologii
- g. Oddział Chirurgii Szcękowo- Twarzowej
- Odcinek Chirurgii Szcękowo- Twarzowej
- Blok Operacyjny Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- Izba Przyjęć Oddziału Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- h. Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej
- Odcinek Nr 1 Chirurgii Ogólnej
- Odcinek Nr 2 Chirurgii Naczyniowej
- Odcinek Nr 3 Chirurgii Transplantacyjnej
- Odcinek Nr 4 Chirurgii Onkologicznej
- Blok Operacyjny Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej
- Izba Przyjęć Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej
- i. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Odcinek Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- j. Laboratorium
- Laboratorium Centralne
- Laboratorium Hematologiczne
- Pracownia Izotopowa
- k. Diagnostyka
- Zakład Radiologii
- Pracownia Tomografii Komputerowej
- Pracownia Rezonansu Magnetycznego
- Pracownia Radiologii Zabiegowej
- Pracownia USG i UKG
- Pracownia EKG
- Pracownia Endoskopii Górnego i Dolnego Odcinka Przewodu Pokarmowego
- Pracownia Napromieniania Krwi
- Pracownia Densytometrii
- Pracownia Audiometrii
- Pracownia Rynomanometrii i Endoskopii Górnych Dróg Oddechowych
- Pracownia Dopasowania Systemów Implantów Słuchowych i Doboru Aparatów Słuchowych Różnymi Metodami u Dzieci i Dorosłych

- Pracownia Rehabilitacji
- Pracownia Fizykoterapii i Kriochirurgii
- Pracownia Światłoterapii i Balneoterapii
- Pracownia Trichologii
- Pracownia Laserowa
- Pracownia Testów Alergologicznych, Naskórnych i Punktowych
- Pracownia Kapilaroskopii

1. Jednostki wspomagające działalność podstawową

- Centralna Sterylizatornia
- Apteka
- Zakład Anatomii Patologicznej
- Bank Krwi
- Pracownia Protetyki
- Ośrodek Poszukująco-Dobierający Niespokrewnionych i Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych.

2. Oddział jest jedną z podstawowych jednostek organizacyjnych Szpitala o charakterze leczniczo-profilaktycznym. W ramach Oddziałów działają komórki organizacyjne.

3. Oddziałem kieruje Ordynator wybrany w drodze konkursu, przeprowadzonego w trybie art. 49 ustawy o działalności leczniczej lub Lekarz Kierujący Oddziałem, którego powołuje i odwołuje Dyrektor po zasięgnięciu opinii Lekarza Naczelnego Szpitala.

4. Ordynator/ Lekarz Kierujący Oddziałem jest odpowiedzialny za organizację pracy podległego personelu lekarskiego, dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego oraz nadzór i kontrolę nad wykonywaniem przez Oddział zadań.

5. Ordynator/ Lekarz Kierujący Oddziałem odpowiada za wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz za przydzielone oddziałom wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, oraz za prawidłową gospodarkę lekową przed Lekarzem Naczelnym.

6. Obowiązki Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem:

a) zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania oddziału przez:

- właściwy dobór kadry medycznej (pod względem jakościowym i ilościowym),
- kontrolowanie pracy personelu wyższego, średniego i niższego w zakresie
- opieki nad chorym jak i racjonalnej gospodarki,
- dobrą organizację pracy na wszystkich stanowiskach,
- ciągłą, całodobową pracę personelu medycznego,
- nadzór nad prawidłowym wykorzystywaniem środków do wykonywania wskazanych zadań,
- bezpośrednio lub imienne wyznaczenie lekarza kontrolującego gospodarkę lekami

(szczególnie lekami narkotycznymi oraz ich przechowywanie zgodne z obowiązującymi przepisami), podpisywanie receptariusza oddziałowego,

- przestrzeganie obowiązujących przepisów prawnych oraz obowiązujących w Szpitalu aktów prawa wewnętrznego.

b) zabezpieczenie prawidłowej organizacji leczenia chorego w oddziale przez:

- natychmiastowe, po przyjęciu chorego na oddział badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta,
- zlecenie niezbędnych badań diagnostycznych,
- wdrażanie stosownego leczenia,
- przeprowadzanie właściwych konsultacji,
- prowadzenie zgodnie z rozporządzeniami MZ, zarządzeniami NFZ oraz wewnętrznymi zarządzeniami Szpitala odpowiedniej dokumentacji pacjenta,

c) zabezpieczenie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad pacjentem,

d) utrzymanie na możliwie wysokim poziomie jakości wykonywanych usług,

- e) udzielanie informacji pacjentom i osobom upoważnionym przez pacjenta do uzyskiwania informacji,
- f) monitorowanie wydatków, racjonalne dysponowanie i prawidłowe rozliczanie się ze środków finansowych, stałe analizowanie generowanych kosztów,
- g) wykonanie kontraktu oddziałowego wynikającego z realizacji kontraktu Szpitala,
- h) właściwe i umiejętne administrowanie zarządzanym majątkiem,
- i) prawidłowe wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej,
- j) nadzór nad prawidłowością dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- k) nadzór nad dyscypliną pracy podległego personelu.

7. Do zadań Izby przyjęć Oddziałów należy :

- przeprowadzanie badań lekarskich zgłaszających się chorych i kwalifikowanie ich do leczenia szpitalnego,
- przyjmowanie zakwalifikowanych chorych na leczenie
- udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia szpitalnego,
- prowadzenie depozytu odzieży osobistej przyjmowanych pacjentów,
- zabezpieczenie przedmiotów wartościowych i pieniędzy pacjentów poprzez oddanie do depozytu szpitalnego,
- w przypadku śmierci chorego sporządzanie w obecności dwóch świadków protokołarnego spisu pieniędzy i przedmiotów wartościowych pozostałych po zmarłym oraz przekazanie ich rodzinie za pokwitowaniem lub do depozytu szpitalnego,
- niezwłoczne zawiadomienie :
 - a) rodziny (w przypadku przyjęcia chorego, który uległ wypadkowi),
 - b) policji (przy przyjęciu pacjenta, który uległ wypadkowi lub gdy niemożliwe jest ustalenie jego tożsamości).

8. Izby przyjęć zobowiązane są do prowadzenia dokumentacji medycznej rzetelnie i czytelnie zgodnie z obowiązującymi w tym czasie przepisami prawnymi, zawartymi umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia oraz wydanymi Zarządzeniami Dyrektora Szpitala.

9. Za prawidłowe funkcjonowanie Izby Przyjęć odpowiada Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem , któremu Izba Przyjęć podlega.

10. Do zadań Bloków Operacyjnych należy wykonywanie zabiegów zgodnie zakresem działania Oddziału, któremu Blok Operacyjny podlega.

11. Za prawidłowe wykonywanie zadań Bloku Operacyjnego odpowiada Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem, któremu Blok podlega.

12. Za organizację pracy personelu pielęgniarskiego w Oddziałach odpowiedzialne są Pielęgniarki Oddziałowe i Koordynujące.

13. Pielęgniarka oddziałowa podlega służbowo i funkcyjnie Naczelnej Pielęgniarce Szpitala, a w zakresie wykonywania czynności diagnostycznych i leczniczych ordynatorowi oddziału. Pielęgniarka oddziałowa jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek i innych pracowników pomocniczych zatrudnionych w oddziale.

14. Do zadań pielęgniarki oddziałowej należy w szczególności:

- organizacja i nadzór pracy pielęgniarek, sanitariuszy i salowych,
- prowadzenie bieżącego instruktażu stanowiskowego,
- czuwanie nad stanem sanitarno - higienicznym w podległej komórce,
- zabezpieczanie oddziału w produkty lecznicze, materiały i sprzęt medyczny oraz inne środki potrzebne do prawidłowego funkcjonowania oddziału,
- prowadzenie oddziałowej księgi chorych,
- czuwanie nad całością inwentarza oddziałowego.

15. Na oddziałach udzielane są świadczenia zdrowotne w trybie stacjonarnym, zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną zapewniającą wysoką jakość usług.
16. Przyjęcia/Świadczenia planowe udzielane są od 7.00 do 14.35. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni świąteczne udzielane są świadczenia pacjentom w stanach zagrożenia życia i zdrowia.
17. Szczegółowy zakres zadań dla jednostek i komórek działalności podstawowej określa załącznik nr 4 do Statutu Szpitala.

§39.

Laboratorium

1. Laboratorium Centralne

- a) Centralne Laboratorium podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
- b) Do zadań Centralnego Laboratorium należy całodobowe wykonywanie badań na potrzeby Oddziałów i Poradni Szpitala z zakresów :

- analizy ogólnej,
- biochemii,
- serologii,
- hematologii,
- bakteriologii
- immunochemii
- mikologii
- histopatologii skóry i błon śluzowych

- c) Za prawidłowe wykonywanie zadań Laboratorium odpowiedzialny jest Kierownik Laboratorium.

2. Laboratorium Hematologiczne

- a) Laboratorium Hematologiczne bezpośrednio podlega Lekarzowi Naczelnemu.
- b) Do zadań Laboratorium Hematologicznego należy wykonywanie badań na potrzeby Oddziałów i Poradni Szpitala z zakresów:

- cytogenetyki
- typizacji komórek
- biologii molekularnej
- procedur związanych z przetwarzaniem krwiotwórczych komórek macierzystych i limfocytów
- badań rutynowych z zakresu hematologii

- c) Do zadań Laboratorium Hematologicznego w ramach Pracowni Inżynierii Szpiku i Banku Komórek należy: gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dystrybucja, dopuszczenie do obiegu komórek krwiotwórczych ze szpiku w celu ich przeszczepienia w układzie autologicznym / limfocytów krwi obwodowej w celu ich zastosowania w układzie allogenicznym do procedury infuzji limfocytów dawcy (DLI)/ limfocytów krwi obwodowej w celu ich zastosowania w układzie autologicznym do procedury fotoferezy pozaustrojowej/ limfocytów krwi obwodowej w celu wytworzenia i zastosowania w układzie autologicznym dopuszczonego do obrotu produktu leczniczego terapii genowej (CAR-T MA-ATMP/MA-GTMP).
- d) Za prawidłowe wykonywanie zadań Laboratorium Hematologicznego odpowiedzialny jest Ordynator/ Lekarz Kierujący Oddziałem Hematologii i Transplantacji Szpiku.

3. Pracownia Izotopowa

- a) Pracownia Izotopowa wykonuje diagnostykę laboratoryjną w zakresie:

- badania stężenia hormonów surowicy krwi przy pomocy metod radioimmunologicznych oraz metodą ELISA,
- badania i oznaczania stężenia leków we krwi: cyklosporyny, tacrolimusa
- badania gospodarki żelazowej przebudowy kości

§40.

Diagnostyka

1. Komórki organizacyjne Diagnostyki wykonują w szczególności zadania z zakresu diagnostyki obrazowej, terapii, rehabilitacji.
2. Szczegółowy zakres działania poszczególnych komórek organizacyjnych określa załącznik nr 4 do Statutu SPSK im. A. Mielęckiego ŚUM
3. Badania wykonywane są bezpłatnie dla pacjentów leczonych w Oddziałach i Poradniach Szpitala oraz odpłatnie dla osób, które chcą skorzystać z usług diagnostycznych niezakontrowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
4. Za organizację pracy personelu lekarskiego w komórkach Diagnostyki, dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego oraz nadzór i kontrolę nad wykonywaniem podstawowych i szczegółowych zadań Pracowni odpowiedzialność ponoszą według następującego schematu:

Pracownia, zakład	Pełniący nadzór
Pracownia USG i UKG Pracownia EKG	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej
Pracownia Endoskopii Górnego i Dolnego Odcinka Przewodu Pokarmowego	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej w zakresie chorób wewn, Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej w zakresie endoskopii chirurgicznej.
Pracownia Napromieniania Krwi	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Hematologii i Transplantacji Szpiku
Zakład Radiologii Pracownia Tomografii Komputerowej Pracownia Rezonansu Magnetycznego Pracownia Radiologii Zabiegowej Pracownia Densytometrii	Kierownik Zakładu Radiologii
Pracownia Audiometrii Pracownia Rynomanometrii i Endoskopii Górnych Dróg Oddechowych Pracownia Dopasowania Systemów Implantów Słuchowych i Doboru Aparatów Słuchowych Różnymi Metodami u Dzieci i Dorosłych	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Otorynolaryngologii

Pracownia Trichologii Pracownia Fizykoterapii i Kriochirurgii Pracownia Kapilaroskopii Pracownia Światłoterapii i Balneoterapii Pracownia Laserowa, (Laser niskoenergetyczny, Laser Wysokoenergetyczny) Pracownia Testów Alergologicznych Naskórnych i Punktowych	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Dermatologii
Pracownia Rehabilitacji	Lekarz Naczelny

5. Na każdym Oddziale na potrzeby Oddziału i Poradni funkcjonują gabinety diagnostyczne (m. in. dla Poradni: Hematologicznej i Immunologii, Otorinolaryngologicznej, Dermatologicznej, Foniatrycznej, Chirurgii Szczękowo – Twarzowej, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Naczyniowej, Chirurgii Onkologicznej, Chemioterapii) podległe Ordynatorowi Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.

§41.

Jednostki wspomagające działalność podstawową

1. Zakład Anatomii Patologicznej

a) Do zadań Zakładu Anatomii Patologicznej należy :

- przyjmowanie zwłok, wykonywanie sekcji zwłok,
- przyjmowanie oraz pobieranie materiałów do badań histopatologicznych przyżyciowych i pośmiertnych oraz wysyłanie materiału do laboratoriów,
- przygotowywanie zwłok do wydania rodzinie,
- rozdzielanie na Oddziały wyników badań histopatologicznych, przyżyciowych i pośmiertnych.

b) Za prawidłową organizację pracy Zakładu Anatomii Patologicznej odpowiada Kierownik tego Zakładu

c) Nadzór i kontrolę nad pracą Zakładu Anatomii Patologicznej sprawuje Lekarz Naczelny.

2. Apteka

a) Do zadań Apteki należy :

- zamawianie środków farmaceutycznych i materiałów medycznych zabezpieczających potrzeby Szpitala,
- zaopatrywanie Oddziałów w leki i materiały opatrunkowe, materiały szewne, środki dezynfekcyjne
- magazynowanie leków, artykułów medycznych i środków dezynfekujących, w tym utrzymywanie niezbędnych zapasów, zapewniających płynne zaopatrywanie komórek organizacyjnych, z uwzględnieniem rachunku ekonomicznego,
- przestrzeganie Receptariusza Szpitala, prowadzenie gospodarki lekami, artykułami medycznymi i środkami dezynfekcyjnymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- udzielanie informacji o lekach i ich działaniu.

b) Za prawidłowe wykonywanie zadań jednostki odpowiedzialny jest Kierownik Apteki.

c) Nadzór i kontrolę nad pracą Apteki sprawuje Lekarz Naczelny.

3. Centralna Sterylizatornia

- a) Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy :
 - dekontaminacja narzędzi i sprzętu medycznego,
 - kompletowanie, kontrola stanu narzędzi i sprzętu, pakowanie, sterylizacja.
 - b) Za prawidłowe wykonywanie zadań jednostki odpowiedzialny jest Kierownik Centralnej Sterylizatorni.
 - c) Centralna Sterylizatornia podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
4. Bank Krwi
- a) Do zadań Banku Krwi należy :
 - zamawianie i odbieranie Krwi i jej składników w najbliższym Centrum Krwiodawstwa zgodnie z zamówieniami Oddziałów Szpitala,
 - przechowywanie Krwi i jej składników do czasu ich wydania do Oddziałów Szpitala,
 - prowadzenie dokumentacji :
 - przychodów i rozchodów krwi i jej składników,
 - identyfikacji dawcy i biorcy krwi lub jej składników,
 - sprawozdawczość zużycia krwi i jej składników.
 - b) Za prawidłowe wykonywanie zadań jednostki odpowiedzialna jest osoba odpowiadająca za Bank Krwi.
 - c) Bank Krwi bezpośrednio podlega Lekarzowi Naczelnemu.
5. Pracownia Protetyki
- a) Do zadań Pracowni Protetyki należy :
 - naprawa płyt pooperacyjnych,
 - tworzenie modeli muzealnych,
 - polerowanie płyt pooperacyjnych,
 - wykonywanie płyt nazębno dziąsłowych Webera,
 - wykonywanie płytek podwyższających zgryz,
 - wykonywanie płyt osłaniających po zabiegach chirurgicznych, obdulatorów
 - b) Za prawidłowe wykonywanie zadań jednostki odpowiedzialny jest Ordynator/ Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Szczękowo – Twarzowej.
6. Ośrodek Poszukująco-Dobierający Niespokrewnionych i Haploidentycznych Dawców Komórek Krwiotwórczych
- a) Do zadań tego ośrodka należy poszukiwanie i dobór dawców niespokrewnionych i/lub Haploidentycznych.
 - b) Za prawidłowe wykonywania zadań jednostki odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Hematologii i Transplantacji Szpiku.

§42.

Lecznictwo Otwarte –Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna

1. W skład zakładu leczniczego - Lecznictwo Otwarte – Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna wchodzi jednostka Zespół Poradni Specjalistycznych z podległymi komórkami:
 - Poradnia Internistyczna
 - Poradnia Chemioterapii
 - Poradnia Onkologiczna
 - Poradnia Profilaktycznej Opieki Zdrowotnej nad Pracującymi
 - Poradnia Transplantacji Szpiku
 - Poradnia Hematologiczna i Immunologii
 - Poradnia Transplantacyjna
 - Poradnia Nefrologiczna
 - Poradnia Endokrynologiczna

- Poradnia Leczenia Nadciśnienia Tętniczego
 - Poradnia Otorynolaryngologiczna
 - Poradnia Foniatryczna
 - Poradnia Alergologiczna
 - Poradnia Audiologiczna
 - Poradnia Dermatologiczna
 - Poradnia Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej
 - Poradnia Chirurgii Naczyniowej
 - Poradnia Chirurgii Transplantacyjnej
 - Poradnia Chirurgii Onkologicznej
 - Poradnia Leczenia Bólu
2. Głównym zadaniem Poradni jest świadczenie ambulatoryjnych usług medycznych i diagnostycznych.
3. Za organizację pracy personelu lekarskiego w Poradniach, dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego oraz nadzór i kontrolę nad wykonywaniem podstawowych i szczegółowych zadań Poradni odpowiedzialność ponoszą Lekarz Naczelny i Ordynatorzy/ Lekarze Kierujący Oddziałem według następującego schematu:

Poradnia	Pełniący nadzór
Poradnia Internistyczna Poradnia Chemioterapii Poradnia Onkologiczna	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej
Poradnia Transplantacji Szpiku Poradnia Hematologiczna i Immunologii	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Hematologii i Transplantacji Szpiku
Poradnia Nefrologiczna Poradnia Endokrynologiczna Poradnia Leczenia Nadciśnienia Tętniczego	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Nefrologii , Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Poradnia Transplantacyjna	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Nefrologii , Transplantologii i Chorób Wewnętrznych w zakresie kwalifikacji do przeszczepu i leczenia po transplantacji narządów.

Poradnia Chirurgii Transplantacyjnej	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej w zakresie kwalifikacji i zabiegów transplantacji narządów.
Poradnia Chirurgii Ogólnej Poradnia Chirurgii Naczyniowej Poradnia Chirurgii Onkologicznej	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej
Poradnia Chirurgii Szczękowo – Twarzowej	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Szczękowo-
Poradnia Otorinolaryngologiczna Poradnia Foniatryczna Poradnia Alergologiczna Poradnia Audiologiczna	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Otorinolaryngologii
Poradnia Dermatologiczna	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Dermatologii
Poradnia Leczenia Bólu	Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
Poradnia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi	Lekarz Naczelny

4. Za organizację pracy personelu pielęgniarskiego w Poradni odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału, któremu Poradnia podlega.
5. Nadzór i kontrolę pracy w Poradniach Szpitala sprawuje Lekarz Naczelny.
6. Do podstawowych zadań Poradni należy:
 - zapewnienie opieki ambulatoryjnej.
 - diagnozowanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia.
 - udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
 - edukacja i promocja zdrowia.
7. Przy Poradniach działają gabinety diagnostyczno- zabiegowe.

§43.

Pion Lekarza Naczelnego

1. Dział Żywnienia

- a) W skład Działu Żywnienia wchodzi:
 - kuchnia centralna ,
 - magazyn żywnościowy,
 - zespół dietetyczek
- b) Do zadań Działu Żywnienia należy :
 - planowanie bieżącego, sezonowego i rocznego zaopatrzenia w żywność,

- racjonalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na żywienie,
 - chorych i personelu,
 - wykonywanie wszelkich czynności związanych z wyżywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej dietetyki i higieny żywienia, układanie jadłospisów,
 - sporządzanie potraw, rozdział i wydawanie posiłków,
 - kontrolowanie jakości i ilości dostarczanych produktów i odpowiednie ich magazynowanie,
 - zapewnienie właściwego stanu sanitarnego, bhp i p.poż., pomieszczeń i urządzeń
 - kuchennych oraz magazynów żywnościowych,
 - przygotowanie postępowania o zamówienia publiczne z zakresu żywienia,
 - ustalanie diet, przygotowywanie posiłków, rozdział posiłków dla pacjentów,
 - pomoc w czasie karmienia, karmienie chorych.
- c) Za prawidłowe wykonywanie zadań jednostki odpowiedzialny jest Kierownik Działu Żywienia.
- d) Dział Żywienia podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu Szpitala.
2. Lekarze Konsultanci – Stanowiska Samodzielne
- a) Lekarze Konsultanci oraz inni konsultanci bezpośrednio podlegają Lekarzowi Naczelnemu Szpitala.
- b) Zadaniem Lekarzy Konsultantów jest udzielanie konsultacji pacjentom Oddziałów Szpitala.
3. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych
- a) Do zadań Komitetu Zakażeń Szpitalnych należy :
- nadzór nad pracą Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - zatwierdzanie i nadzór nad realizacją Programu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - promowanie edukacji wewnątrz zakładowej z tematyki zakażeń szpitalnych,
 - analiza ocena ryzyka występowania zakażeń w związku z rodzajem udzielanych -świadczeń zdrowotnych,
 - analiza mapy bakteriologicznej drobnoustrojów alarmowych występujących w szpitalu,
 - nadzór nad wdrożeniem procedur, instrukcji i standardów zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym,
 - dokonywanie okresowej analizy sytuacji epidemiologicznej szpitala,
 - analiza zakresu badań diagnostycznych niezbędnych w diagnostyce biologicznych czynników chorobotwórczych,
 - współpraca z Komitetem Terapeutycznym w zakresie określania polityki antybiotykowej i wprowadzania nowych antybiotyków do receptariusza szpitala,
 - nadzór nad systemem rejestracji zakażeń i czynników alarmowych w szpitalu,
 - nadzór nad sporządzaniem dla Państwowego Inspektora Sanitarnego raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala,
 - nadzór nad zgłaszaniem ognisk epidemicznych,
 - współpraca z instytucjami i organizacjami naukowymi w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - planowanie środków i narzędzi do realizacji programu kontroli zakażeń szpitalnych.
- Na terenie Szpitala działają komitety, których skład i zakres działania określony jest w Zarządzeniach Dyrektora o powołaniu danego Komitetu.
4. Lekarz odpowiedzialny za Gospodarkę Krwią
- c) Lekarz odpowiedzialny za Gospodarkę Krwią bezpośrednio podlega Lekarzowi Naczelnemu.
- d) Zadaniem Lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią jest koordynowanie i nadzór nad leczeniem i gospodarką w zakresie krwiolecznictwa w Szpitalu.
5. Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki medycznej.

6. Kapelan szpitalny.
7. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

CZEŚĆ VII

ORGANIZACJA I PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 44.

Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów regulujących zasady ich wykonywania, a w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- rehabilitacją leczniczą,
- badaniem diagnostycznym i analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- orzekaniem o stanie zdrowia,
- działalnością profilaktyczną i oświatowo-zdrowotną.

§ 45.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach.
2. Przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycznej.
3. Świadczenia zdrowotne, z uwzględnieniem zasad określonych w pkt 1, mogą być udzielane przez wolontariuszy.

§46.

Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Izby Przyjęć Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 47.

1. Świadczenia zdrowotne są udzielane przez Szpital pacjentom:
 - ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia - na podstawie dowodu ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego fakt opłacania składek,
 - uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U 2024 poz.146 z późn. zm.)
 - obcokrajowcom - na zasadach określonych w odrębnych przepisach i umowach międzynarodowych,
 - ubezpieczonym dobrowolnie w towarzystwach ubezpieczeniowych – na podstawie ważnej polisy ubezpieczeniowej i warunków w niej zawartych,
 - odpłatnie osobom nieubezpieczonym,
 - zgodnie z treścią zawartych umów pomiędzy Szpitalem, a dysponentami środków finansowych.

2. Dokumenty potwierdzające uprawnienia, o których mowa w pkt 1, pacjent winien przedstawić przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem pkt 3.
3. W przypadku nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia oraz stanu zagrożenia życia dowód ubezpieczenia zdrowotnego może zostać przedstawiony w terminie 30 dni od daty przyjęcia do Szpitala, o ile chory nadal w nim przebywa, nie później jednak niż w terminie 7 dni od daty wypisu ze Szpitala. Natomiast pozostałe dokumenty, o jakich mowa w pkt 1, do dnia wypisu ze Szpitala.
4. W przypadku braku podstawy do otrzymania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital lub braku wymaganego skierowania, koszty leczenia ponosi pacjent, na podstawie faktury VAT, wystawionej przez Dział Finansowo – Księgowy. Zasady ustalania odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom którym nie przysługują świadczenia finansowane ze środków publicznych, określają zarządzenia Dyrektora.

§48.

Bezpłatny transport sanitarny przysługuje pacjentowi tylko wówczas, gdy uzasadnia to jego stan zdrowia na zasadach określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 49.

Proces udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych jest zorganizowany w sposób opisany w § 50 i następnym niniejszego Regulaminu.

§ 50.

1. Specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane są na odpowiednich oddziałach w zakresie reprezentowanych specjalności .
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane są w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na oddziałach Szpitala:
 - na podstawie skierowania lekarza, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne,
 - w stanach określonych w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez wymaganego skierowania.
3. Odpłatnie udzielane są świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

§51.

1. Przyjęcie danej osoby do Szpitala następuje na podstawie skierowania wystawionego przez uprawnionego lekarza albo uprawnioną instytucję.
2. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
3. Lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu o rozpoznaniu stanu zdrowia i podjętych czynnościach w dokumentacji medycznej.
4. W przypadku braku miejsc na właściwym oddziale w dniu zgłoszenia się pacjenta, zostaje on wpisany, o ile jego stan zdrowia na to pozwala, na Listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Listy takie prowadzone są oddzielnie dla każdego oddziału Szpitala przez Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Pacjent otrzymuje informację dotyczącą wpisu na listę, a w szczególności o terminie planowanego przyjęcia do Szpitala.
6. Świadczenia zdrowotne w przypadkach określonych w art. 15 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej muszą być udzielane niezwłocznie.

§ 52.

1. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - świadczenia zdrowotne,
 - środki farmaceutyczne i materiały medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia,
 - pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu jego zdrowia.
2. Świadczenia zdrowotne w pełnym zakresie diagnostyczno - terapeutycznym są udzielane przez wszystkie komórki organizacyjne Szpitala w godzinach od 7.00 do 14.35, natomiast w pozostałych godzinach w zakresie zapewniającym ciągłość leczenia i pomoc doraźną.
3. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§ 52a.

1. Odpowiedzialność za uzupełnienie okołooperacyjnej karty kontrolnej ponosi operator zabiegu, który wyznacza osobę odpowiedzialną za jej wypełnienie, podpisanie i włączenie do historii choroby.
2. Wzór karty określa Zarządzenie Dyrektora.

§53.

1. Na wykonanie zabiegu w celach leczniczych lub diagnostycznych niezbędna jest zgoda wyrażona na piśmie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
2. W związku z realizacją zadań dydaktycznych, wynikających z posiadania przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach statusu szpitala uniwersyteckiego, na jego terenie odbywają się szkolenia osób kształcących się w zawodach medycznych. Osoby te mają prawo brać udział w procesach udzielania świadczeń medycznych pacjentom Szpitala.
3. Studenci w trakcie nauki zawodu badający pacjenta, przed przystąpieniem do wykonywania tych czynności muszą uzyskać zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
4. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny może nie wyrazić zgody na udział osoby kształcącej się w zawodzie medycznych w procesie jego leczenia.
5. Pacjent może być poddany eksperymentowi medycznemu, jeżeli został poinformowany o celach, sposobach i warunkach jego przeprowadzenia, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. Na poddanie się eksperymentalnej metodzie leczenia lub diagnostyki oraz na udział w eksperymencie medycznym dla celów naukowych konieczna jest zgoda wyrażona na piśmie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§ 54.

1. Wobec osób z zaburzeniami psychicznymi będącymi pacjentami Szpitala można stosować przymus bezpośredni, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu.

2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W sytuacji kiedy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić lekarza. Każdy wypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji.
4. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty.
5. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza ocenia w ciągu 3 dni Dyrektor Szpitala lub jego Zastępcy lub osoby przez niego upoważnione.

§ 55.

W przypadku gdy stan zdrowia przyjętego do Szpitala pacjenta wskazuje, że pacjent mógł stać się ofiarą przestępstwa Szpital powiadamia o zaistniałych podejrzeniach właściwą komendę policji lub prokuraturę.

§56.

1. Wypisywanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
 - gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza regulamin porządkowy Szpitala, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia tej osoby albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy Sąd. Sąd zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie lub jej przedstawiciel ustawowy jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta lub jej przedstawiciel ustawowy składa pisemne oświadczenie dotyczące wypisania ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej z zaznaczeniem, że nastąpiła odmowa złożenia pisemnego oświadczenia.
4. Wypisany ze Szpitala pacjent ma prawo do otrzymania:
 - a. karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, która winna zawierać:
 - dane identyfikujące pacjenta tj. imię i nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer pesel,
 - dane identyfikujące lekarza udzielającego świadczenie tj. nazwisko i imię,
 - podpis i pieczętkę lekarza oraz ordynatora oddziału,
 - rozpoznanie choroby,
 - wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych,
 - zastosowane leczenie,
 - wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia,
 - adnotacje o lekach i materiałach medycznych również zapisanych na receptach wystawionych pacjentowi podczas wypisu ze Szpitala,
 - terminy planowanych konsultacji,

- b. recepty na leki i materiały opatrunkowe, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich,
- c. skierowania na leczenie uzdrowiskowe, jeżeli lekarz widzi taką potrzebę,
- d. wniosku na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, jeżeli jest konieczność ich stosowania, na podstawie obowiązujących przepisów i umowy Szpitala z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 57.

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

§ 58.

1. Ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane są w odpowiednich poradniach w zakresie reprezentowanej specjalności .
2. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia ambulatoryjnego są udzielane w godzinach pracy poszczególnych poradni. Informacje o tych godzinach podane są na tablicy ogłoszeń znajdującej się w Poradniach.
3. Świadczenia, o których mowa w pkt. 1 udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Rejestracja na Liście pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia może być dokonana osobiście lub telefonicznie lub drogą elektroniczną.
4. Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie są wymagane skierowania na świadczenia udzielane w poradniach specjalistycznych Szpitala:
 - do onkologa,
 - dla osób chorych na gruźlicę,
 - dla osób zakażonych wirusem HIV,
 - dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
 - dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanatów,
 - dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
 - dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

§ 59.

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej obejmują badania diagnostyczne, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej udzielane są w Centralnym Laboratorium, Zakładzie Radiologii i pozostałych pracowniach.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w pkt. 1 udzielane są bezpłatnie pacjentom Szpitala na podstawie skierowania lekarza zatrudnionego w Szpitalu.
4. W przypadku braku możliwości zapewnienia odpowiedniej diagnostyki przez Szpital, badania są wykonywane w innych placówkach służby zdrowia, m. in. na podstawie zawartych umów, a organizacją tych badań zajmują się pracownicy Szpitala.
5. Na wykonanie konsultacji i badań diagnostycznych u pacjentów Szpitala przez inne placówki służby zdrowia, wymagane jest uzyskanie zgody Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.
6. W przypadku skierowania pacjenta na konsultację lub badania z pominięciem zasad, o jakich mowa w pkt. 5, kosztami tej konsultacji lub badania zostanie obciążony lekarz kierujący.

CZEŚĆ VIII

ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI I LECZENIA PACJENTÓW.

§ 60.

Wykonywanie świadczeń medycznych w innych zakładach.

1. W celu zabezpieczenia kompleksowości świadczeń zdrowotnych Szpital współpracuje z innymi jednostkami realizującymi usługi medyczne, które nie są wykonywane w Szpitalu. Szpital zawiera stosowne umowy z innymi Szpitalami i jednostkami realizującymi usługi medyczne.
2. Zlecenie wykonania usług medycznych w innym zakładzie wymaga wydania przez lekarza kierującego skierowania oraz „Zlecenia wykonania usługi”.
3. Zlecenie wykonania usługi wymaga zatwierdzenia podpisem oraz pieczętą imienną: lekarza kierującego.

§ 61.

Wykonywanie świadczeń medycznych na rzecz innych zakładów.

1. Udzielanie specjalistycznych konsultacji, badań na rzecz zakładów opieki zdrowotnej następuje na podstawie zawartych umów, na mocy, których kosztami usług zostaje obciążona jednostka zlecająca.
2. W przypadku braku właściwych umów, podstawą do wykonania usługi jest zlecenie skierowane docelowo do Szpitala z pisemnym potwierdzeniem Dyrektora zakładu stanowiącym gwarancję sfinansowania usługi przez zlecającą jednostkę.

CZEŚĆ IX

ZASADY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA

§ 62.

Procedura postępowania w przypadku zgonu pacjenta hospitalizowanego

1. W przypadku zgonu pacjenta, lekarz winien dokonać niezwłocznie oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby i karcie gorączkowej dzień i godzinę śmierci.
2. Pielęgniarka odnotowuje dzień i godzinę śmierci chorego w raporcie pielęgniarskim.
3. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza Pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego. identyfikator zawiera: imię i nazwisko osoby

- zmarłej, PESEL, w przypadku braku, serię i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu).
4. Pielęgniarka zobowiązana jest do zaopatrzenia zwłok osób zmarłych w szpitalu przed zwiezieniem do pomieszczenia pośmiertnego.
 5. Oznaczone zwłoki po ponownych oględzinach i stwierdzeniu zgonu przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego (2 godziny po zgonie) zostają zawiezione w obecności pielęgniarki przez przeszkolonych pracowników transportu wewnętrznego do pokoju pośmiertnego.
 6. Przewiezienie zwłok do pokoi pośmiertnych do prosektorium Zakładu Anatomii Patologicznej w przypadku zgonu w godzinach nocnych odbywa się rano między godziną 6.00 – 7.00. Natomiast w przypadku zgonu w godzinach rannych i popołudniowych po dwóch godzinach po zgonie.
 7. W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, Szpital bezzwłocznie powiadamia Prokuratora Rejonowego i Komendę Policji.
 8. Po podpisaniu historii choroby przez Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem, wypełnieniu karty statystycznej i karty zgonu zmarłego dokumenty zostają przekazane do sekretariatu Oddziału.

§ 63.

Postępowanie z przedmiotami pozostałymi w Szpitalu po zmarłym

1. Pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka pełniąca dyżur, sporządza protokolemnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów osobistych zmarłego i odnotowuje to w raporcie pielęgniarskim. Spisane rzeczy i przedmioty wartościowe zabezpiecza w depozycie oddziału. Rzeczy z depozytu wydawane są osobom, które udokumentują swoje prawa do rzeczy osoby zmarłej.
2. Przedmioty pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratury mogą być wydane po otrzymaniu decyzji prokuratorskiej.

§ 64.

Postępowanie ze zwłokami, których tożsamość nie została ustalona

W przypadku zgonu osoby, której tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku itp.: Ordynator/ Lekarz Kierujący Oddziałem lub osoba przez niego wyznaczona bezzwłocznie powiadamia prokuratora rejonowego i jednostkę policji właściwą dla siedziby Szpitala, powyższe organy należy również zawiadomić w przypadku gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie że zgon nastąpił na skutek przestępstwa.

§ 65.

Wystawianie kart zgonu

Kartę zgonu wystawia lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny

§ 66.

Postępowanie ze zwłokami chorego zmarłego na chorobę zakaźną

1. Zwłoki zmarłego na niebezpieczne choroby zakaźne powinny być przechowywane i chowane w sposób określony odrębnymi przepisami.
2. W przypadku śmierci z powodu chorób zakaźnych powinny być zachowane następujące środki zapobiegawcze :
 - zakaz zbierania się większej ilości osób w miejscu, gdzie przechowywane są zwłoki,
 - zakaz dotykania zwłok poza osobami dokonującymi czynności obmycia zwłok środkiem odkażającym oraz związanych z przygotowaniem zwłok i ułożeniem w trumnie,

- umieszczenie na dnie trumny substancji plynochłonnej szczelne zamknięcie trumny natychmiast po złożeniu w niej zwłok i obmycie trumny z zewnątrz płynem odkażającym,
- zwłok zmarłych na choroby zakaźne nie wolno przekazywać do Uniwersytetu Medycznego.

§ 67.

Sekcje zwłok

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów pkt. 6.1 – 6.3 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.
5. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
6. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz.
7. Zwłoki osoby zmarłej w Szpitalu poddawane są sekcji, chyba że osoba ta lub jej opiekun prawny za życia wyraził/a sprzeciw
8. Ostateczną decyzję o odstąpieniu od sekcji podejmuje Dyrektor Szpitala na wniosek Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem.
9. W przypadku wykonywania sekcji, opiekun prawny osoby zmarłej ma prawo do rzetelnej i wyczerpującej informacji o jej wyniku udzielonej przez lekarza leczącego lub Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem.

§ 68.

Postępowanie ze zwłokami pacjenta i wysokość opłat za przechowywanie zwłok

1. Pracownik Szpitala jest obowiązany zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
2. Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny.
3. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godzin, jeżeli:
 - nie mogą wcześniej zostać odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej, o której mowa w art. 10 ustawy 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U 2023 poz. 887 z póź. zm.);
 - w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - przemawiają za tym inne niż wymienione powyżej ważne przyczyny
 - za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
4. W razie zgonu osoby w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.

5. Wysokość opłaty 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. 2023. poz. 887, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym ustala się na kwotę określoną w Zarządzeniu Dyrektora.

CZĘŚĆ X

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, OPŁATY ZA USŁUGI KSEROGRAFICZNE

§ 69.

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, zaś po śmierci pacjenta, osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym,
- podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- organom władzy publicznej w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych, konsultantom krajowym i wojewódzkim w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
- podmiotom, o których mowa w art. 119 ust.1 i 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
- upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą,
- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek.
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów.
- zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
- komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu ds. wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom tych Agencji,
- 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 przeprowadzania,

- wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67 e ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie prowadzonego postępowania
- spadkobiercom w zakresie postępowania prowadzonego przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust.1 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U.2023, poz. 2465 z późn.zm.), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
- członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 05.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2023 poz. 1284 z późn.zm.), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań,

2. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

3. Dokumentacja medyczna może być także udostępniana osobom przygotowującym się do wykonywania zawodu medycznego oraz kształcącym się osobom wykonującym zawód medyczny, wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.

4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w obecności:

- lekarza prowadzącego albo
- lekarza odpowiedniej specjalności,
- pielęgniarki w zakresie prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej,
- upoważnionego pracownika Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej,
- innego upoważnionego pracownika Szpitala,

w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych albo w siedzibie SPSK- M, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

c) 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;

d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

e) na informatycznym nośniku danych;

f) zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zawrotu po wykorzystaniu.

5. Dokumentacja medyczna:

- w formie elektronicznej udostępniana jest poprzez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), które znajduje się na portalu www.pacjent.gov.pl w zakresie stanowiącym elektroniczną dokumentację medyczną

- w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów

6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę.

Maksymalna wysokość opłaty wynosi:

- jedna strona wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – 0,002;

- jedna strona kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - 0,00007;
 - udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - 0,0004;
- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art.20 pkt 2 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Szczegółową wysokość opłaty ustala się każdorazowo zarządzeniem Dyrektora, które stanowi załącznik do Regulaminu.

6A. Postanowienia punktu 6 powyżej nie wyłączają uprawnień wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. RODO).

7.Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - 2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu
 - 3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - 4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.
- 8.Po upływie okresów, wymienionych powyżej Szpital niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczy
- 9.Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

CZĘŚĆ XI POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 70.

Postanowienia niniejszego Regulaminu mają odpowiednie zastosowanie do podmiotów, które uczestniczą w procesie wykonywania świadczeń zdrowotnych w imieniu Szpitala na podstawie udzielonego im zamówienia (kontraktu).

§ 71.

- 1.Zabrania się spożywania napojów alkoholowych oraz palenia tytoniu na terenie Szpitala.
 - 2.W Szpitalu stosuje się monitoring wizyjny:
 - pomieszczeń ogólnodostępnych na podstawie art. 23a ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.
 - pomieszczeń, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne na podstawie art. 23a ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.
- Równocześnie stosując inne przepisy prawa w tym art. 22² art. 22³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 kodeksu pracy. Podstawą prawną legalnego przetwarzania danych osobowych w systemie

monitoringu wizyjnego jest art. 6 ust. 1 lit.c) i art. 6 ust. 1 lit. e) w związku z art. 9 ust. 2 lit. h) RODO.

§ 72.

Organizację i porządek w procesie pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników, reguluje „Regulamin Pracy” „Regulamin Wynagradzania” oraz „Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych” SPSK-M.

§ 73.

Szpital wykonuje zadania obronne dotyczące warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa, zgodnie z wytycznymi wynikającymi z nadrzędnych przepisów prawa.

§ 74.

Informacje o Szpitalu podaje się do wiadomości pacjentów :

- na stronie internetowej Szpitala : www.spskm.katowice.pl,
- w Biuletynie Informacji Publicznej,
- na tablicach ogłoszeń na terenie szpitala.

§ 75.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem, mają zastosowanie przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U 2023, poz. 991 z późn.zm.), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.2024 poz. 146 z późn..zm.) oraz Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2022 poz. 2123 z późn. zm.)

§ 76.

Integralną częścią niniejszego Regulaminu jest „Schemat organizacyjny Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”, stanowiący Załącznik Nr 1.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
W. Dziubek
dr n. med. WŁODZIMIERZ DZIUBEK

Zarządzenie nr 12 /2025

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z dnia 25 września 2025 r.

w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Na podstawie § 24 pkt. 1 Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zarządzam co następuje:

§ 1

Wprowadzam w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Z dniem wprowadzenia niniejszego Regulaminu Organizacyjnego traci moc Regulamin Organizacyjny Szpitala z dnia 3 kwietnia 2024 roku.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
dr n. med. WŁODZIMIERZ DZIUBA
DZIUBA

1 . 2

