

Regulamin Organizacyjny
EMC Silesia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
będącej
Podmiotem Leczniczym
wykonującym działalność leczniczą w zakładach leczniczych
pod nazwą
NZOZ Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach
oraz
Przychodnia EMC Silesia

Katowice, 30 czerwiec 2025

Rozdział I

Postanowienia Ogólne

§ 1

1. Regulamin Organizacyjny ustanawiany jest dla podmiotu leczniczego działającego pod firmą: **EMC Silesia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**.
2. EMC Silesia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zwana dalej „Spółką” jest podmiotem leczniczym, działającym na podstawie:
 - a. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn. zm),
 - b. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm.);
 - c. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012r. poz.159 z późn. zm.);
 - d. ustawy z dnia 15 września 2000r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2013r. poz. 1030 z późn.zm.);
 - e. Regulaminu Organizacyjnego Spółki.
3. Spółka prowadzi działalność leczniczą poprzez wyodrębnione zakłady lecznicze:
 - a. NZOZ Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach, zwany dalej „Szpitalem” o numerze identyfikacyjnym REGON: 24107737800020;
 - b. Przychodnia EMC Silesia, zwana dalej „Przychodnią” o numerze identyfikacyjnym REGON: 24107737800037łącznie zwane dalej również „Jednostką Medyczną”.
4. Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego, zwany dalej „**Regulaminem**”, określa w szczególności:
 - 1) cele i zadania Podmiotu;
 - 2) strukturę organizacyjną NZOZ Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach;
 - 3) strukturę organizacyjną Przychodni EMC Silesia;
 - 4) rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 7) prawa i obowiązki pacjenta;
 - 8) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala;
 - 9) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Przychodni;
 - 10) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
 - 11) zasady udostępniania dokumentacji medycznej
 - 12) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - 13) organizację procesu udzielania świadczeń medycznych w przypadku pobierania opłat i wysokość tych opłat;
 - 14) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
 - 15) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny;
 - 16) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Szpitala i Przychodni.

§ 2

Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Szpitala i Przychodni, pacjentów oraz innych osób przebywających w Szpitalu.

§ 3

1. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Jednostki Medycznej.
2. Każdy pracownik Jednostki Medycznej zobowiązany jest do przestrzegania Regulaminu w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

3. Regulamin w formie papierowej dostępny jest w Administracji Spółki, a także w formie elektronicznej na stronie internetowej www.katowice.emc-sa.pl oraz na wewnętrznej stronie intranetowej Jednostki Medycznej.
4. Organem tworzącym i nadzorującym jest EMC Silesia sp. z o.o., z siedzibą w Katowicach, ul. Morawa 31.

§ 4

1. Obsługę administracyjną Szpitala i Przychodni zapewnia Spółka, Dział Administracji oraz Centrala Grupy Penta Hospitals Polska w zakresie funkcjonowania Centrów Usług Wspólnych.
2. Nadzór merytoryczny nad zespołami lekarzy oraz specjalistów zawodów medycznych (fizjoterapeuci, dietetycy, psycholodzy, terapeuci zajęciowi itp.) Szpitala i Przychodni zapewnia Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.
3. Nadzór merytoryczny nad zespołami pielęgniarek/położnych, ratowników medycznych i opiekunów medycznych, salowych Szpitala i Przychodni zapewnia Naczelną Pielęgniarkę.
4. Nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad Szpitalem i Przychodnią zapewnia Specjalista ds. epidemiologii (Pielęgniarka epidemiologiczna).
5. Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala i Przychodni oraz Spółki (w tym Dom Opieki) współpracują między sobą dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów/pensjonariuszy i jakości udzielanych świadczeń medycznych oraz są uprawnione do współdzielenia przypisanych im zasobów infrastrukturalnych oraz kadrowych w razie wyższej konieczności.

Rozdział II

Cele i zadania Podmiotu Leczniczego

§ 5

1. Podstawowym celem Podmiotu Leczniczego – NZOZ Szpital Geriatryczny m. Jana Pawła II w Katowicach oraz Przychodni EMC Silesia jest świadczenie usług zdrowotnych, służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia ludności.
2. Dodatkowym celem Podmiotu jest działalność dydaktyczna, w tym przygotowywanie osób do wykonywania zawodów medycznych i kształcenie osób wykonujących zawód medyczny w ramach doskonalenia zawodowego, oraz działalność badawczo-rozwojowa i naukowa w dziedzinie nauk przyrodniczych i technicznych, w szczególności medycyny.
3. Swoje cele Podmiot realizuje prowadząc profilaktykę, diagnostykę, leczenie stacjonarne, specjalistyczne leczenie ambulatoryjne, realizując teleporady, leczenie w formach dziennych, pomoc doraźną w Izbie Przyjęć i fizjoterapię.

Rozdział III

Struktura organizacyjna zakładu leczniczego NZOZ Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach

§6

1. Strukturę organizacyjną Szpitala stanowią następujące komórki organizacyjne:
 - a. Oddział Geriatryczny: (kod resortowy 4060)
 - b. Dzienny Oddział Opieki Geriatrycznej (kod resortowy 2200)
 - c. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy (kod resortowy 9450);
 - d. Izba Przyjęć (kod resortowy 4900)
 - e. Dział Farmacji Szpitalnej (kod resortowy 4924);
 - f. Dział Diagnostyki
 - i. Pracownia RTG (kod resortowy 7240);
 - ii. Pracownia USG (kod resortowy 7210);
 - iii. Pracownia EKG (kod resortowy 7998)
 - iv. Pracownia densytometrii (kod resortowy 7244)
 - g. Dział Fizjoterapii (kod resortowy 1310);
2. W Szpitalu wyodrębniono następujące Zespoły oraz samodzielne stanowiska pracy:

- a. Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
 - b. Specjalista ds. epidemiologii (Pielęgniarka Epidemiologiczna);
 - c. Inspektor Ochrony Radiologicznej;
 - d. Dietetyk Szpitala;
 - e. Kapelan;
 - f. Pełnomocnik ds. jakości;
 - g. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.
3. Samodzielne stanowiska mogą być jedno - lub wieloosobowe.
 4. Dodatkowe zespoły merytoryczne(w tym zespoły projektowe) mogą być powoływane i odwoływane drogą Zarządzenia Dyrektora Szpitala adekwatnie do bieżących potrzeb organizacyjnych.
 5. Schemat organizacyjny Szpitala stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział IV

Struktura organizacyjna Przychodni EMC Silesia

§ 7

1. Strukturę organizacyjną Przychodni EMC Silesia stanowią następujące komórki organizacyjne:
 - a. Przychodnia Wielospecjalistyczna;
 - i. Punkt Pobrań (kod resortowy 7110);
 - ii. Poradnia Geriatryczna (kod resortowy 1060)
 - iii. Poradnia Osteoporozy (kod resortowy 1584)
 - iv. Poradnia Okulistyczna (kod resortowy 1600)
 - v. Poradnia Chirurgii Ogólnej (kod resortowy 1500);
 - vi. Poradnia rehabilitacyjna (kod resortowy 1300)
 - vii. Poradnia chorób naczyń , ze specjalizacją angiologia(kod resortowy 1120);
 - viii. Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (kod resortowy 1580);
 - ix. Poradnia Otolaryngologiczna (kod resortowy 1610);
 - x. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza (kod resortowy 1450);
 - xi. Poradnia Kardiologiczna (kod resortowy 1100);
 - xii. Poradnia Neurologiczna (kod resortowy 1220)
 - xiii. Poradnia Urologiczna (kod resortowy 1640)
 - xiv. Poradnia Psychologiczna (kod resortowy 1790);
 - xv. Poradnia logopedyczna (kod resortowy 1616)
 - xvi. Poradnia Podologiczna
 - xvii. Pracownia USG (kod resortowy 7210);
 - xviii. Poradnia medycyny pracy 1160
 - Poradnia Badań Psychotechnicznych
 - xix. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (kod resortowy 9450);
 - b. Podstawowa Opieka Zdrowotna:
 - i. Punkt pobrań (kod resortowy 7110)
 - ii. Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (kod resortowy 0010);
 - iii. Poradnia Pielęgniarki Środowiskowej (kod resortowy 0032);
 - iv. Poradnia położnej środowiskowej (kod resortowy 0034);
 - v. Punkt Szczepień (kod resortowy 9600),
 - vi. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (kod resortowy 9450);
2. Schemat organizacyjny Przychodni stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział V

Rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 6

1. Działalnością leczniczą Spółki jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w szczególności szpitalnych i ambulatoryjnych.
2. Spółka wykonuje świadczenia zdrowotne w rodzajach:
 - 1) świadczeń szpitalnych zgodnie z profilami prowadzonych oddziałów szpitalnych;
 - 2) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, poradniach specjalistycznych i pracowniach;
 - 3) rehabilitacji ruchowej i fizjoterapii;
 - 4) diagnostyki obrazowej;
 - 5) organizowania i prowadzenia działalności edukacyjnej w zakresie opieki, profilaktyki i promocji zdrowia.

Rozdział VI

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 9

EMC Silesia sp. z o.o. ma swoją siedzibę w Katowicach przy ulicy Morawa 31. Siedziba Spółki jest jednocześnie miejscem wykonywania przez Szpital i Przychodnię działalności leczniczej.

Rozdział VII

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 10

1. Szpital i Przychodnia udzielają świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności w tym obywatelom innych państw z uwzględnieniem prawa pacjenta do wyboru miejsca leczenia, w zakresie prowadzonych specjalności.
2. Szpital i Przychodnia udzielają świadczeń zdrowotnych:
 - a. finansowanych ze środków publicznych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów;
 - b. za częściową odpłatnością;
 - c. za całkowitą odpłatnością.
3. Żadne okoliczności nie stanowią podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia.

§ 11

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

- 1) wywiadem, badaniem i poradą lekarską;
- 2) leczeniem;
- 3) rehabilitacją leczniczą;
- 4) badaniem diagnostycznym;
- 5) pielęgnacją chorych;
- 6) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia;
- 7) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne;
- 8) zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

§ 12

1. Dla realizacji celów w Szpitalu i w Przychodni Spółka zatrudnia pracowników medycznych o wymaganych kierunkowych kwalifikacjach lub zawiera umowy cywilnoprawne z osobami wykonującymi zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, albo z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

2. W celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych i oczekiwań swoich pacjentów Spółka będzie podejmować wszelkie działania zmierzające do podnoszenia jakości świadczonych usług poprzez:
 - a. pozyskiwanie i zatrudnianie kadry o możliwie najwyższych kwalifikacjach i umiejętnościach zawodowych;
 - b. pozyskiwanie i udostępnianie sprzętu diagnostyczno-zabiegowego o możliwie najwyższej jakości;
 - c. podejmowanie wszelkich działań wewnętrznych i zewnętrznych w celu optymalnej organizacji procesu leczenia i tworzenia przyjaznej atmosfery dla swoich pacjentów.

§ 13

1. Szpital i Przychodnia zapewnia pacjentowi świadczenia zdrowotne.
2. W przypadku pacjentów hospitalizowanych, dodatkowo Szpital zapewnia pacjentowi:
 - a. środki farmaceutyczne i wyroby medyczne niezbędne dla zapewnienia prawidłowego leczenia;
 - b. wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 14

1. Rejestracja pacjentów do przyjęć planowych do poszczególnych Oddziałów odbywa się osobiście, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznie, środkami komunikacji elektronicznej codziennie w godzinach pracy rejestracji medycznej lub drogą elektroniczną bez ograniczeń czasowych na podstawie skierowania do szpitala oraz w oparciu o zasady prowadzenia kolejki oczekujących.
2. O przyjęciu do leczenia w Szpitalu osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza lub uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu stosownej zgody, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia tej zgody.
3. Zgodnie z art. 47c oraz art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DZ.U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) wybranym grupom pacjentów przysługują szczególne uprawnienia dotyczące korzystania ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia:
 - a) kobiety w ciąży;
 - b) świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b;
 - 1a. Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.
 - 1b. Prawo do wyrobów medycznych, na zasadach, o których mowa w ust. 1a, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:
 - 1) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
 - c) osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1;

1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawi legitymację "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu"
- d) inwalidzi wojenni i wojskowi;
 - e) żołnierze zastępczej służby wojskowej;
 - f) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
 - g) kombatancki;
 - h) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
 - i) osoby deportowane do pracy przymusowej;
 - j) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - k) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - l) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 - na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782);
 - m) żołnierze zawodowi, o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
 - n) żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
 - o) osoby, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia.
4. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. Po dokonanych rozpoznaniu stanu zdrowia pacjenta o podjętych czynnościach lekarz dokonuje wpisu do dokumentacji medycznej.
5. Oświadczenia pacjenta złożone za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) są uznawane w Szpitalu jako priorytetowe. Jeżeli Pacjent złożył oświadczenia:
- a. o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, (o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
 - b. o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, (o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),
 - c. o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, (o której mowa w art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

za pośrednictwem IKP, to te dane będą pobrane do indywidualnej dokumentacji medycznej Pacjenta. Jeżeli Pacjent chce złożyć oświadczenia o innej treści musi ponownie złożyć stosowane oświadczenie w placówce.

§ 15

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
- a. gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;

- b. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - c. gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza porządek lub przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych opisanych w niniejszym Regulaminie, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
 3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.

§ 16

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie chce opuścić Szpitala, ponosi koszty pobytu w Szpitalu poczynając od terminu określonego przez Dyrektora Szpitala, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. Metodologia wyznaczenia ceny w danym roku kalendarzowym to średnia wartość hospitalizacji sprawozdawana do NFZ za miniony rok podzielona przez średni czas hospitalizacji.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oczekuje możliwości przebywania całodobowo z pacjentem z wykorzystaniem łóżka w Szpitalu jest zobowiązany do pokrycia ceny doby hotelowej pokrywającej koszty przygotowania łóżka i jego bieżącej eksploatacji.
3. W przypadkach uzasadnionych medycznie, zgodnie z obowiązującymi przepisami Szpital zapewnia transport sanitarny z uwzględnieniem zasad pokrywania kosztów transportu przez Pacjenta.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera pacjenta ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital powiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy transport sanitarny do miejsca zamieszkania.
5. W przypadku śmierci Pacjenta lekarz zawiadamia odpowiednią osobę lub instytucję.

Rozdział VIII

Prawa i obowiązki Pacjenta

§ 17

1. W procesie realizacji leczenia Spółka przestrzega przepisów prawa określonych w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Prawo do odwiedzin pacjentów hospitalizowanych jest realizowane zgodnie z Regulaminem Odwiedzin.
3. Szczegółowe informacje o prawach pacjenta w formie pisemnej są zamieszczane na tablicy informacyjnej Spółki oraz na stronie internetowej Spółki.
4. Podstawowe informacje porządkowe dla pacjentów są zamieszczone na tablicach informacyjnych we wszystkich oddziałach.
5. Skargi i wnioski są przyjmowane i rozpatrywane są zgodnie z procedurą wewnętrzną. Pomocniczo instrukcji w zakresie możliwości złożenia i procesu rozpatrywania skargi można uzyskać w Dziale Administracyjnym Spółki lub w Rejestracji Medycznej.

§ 18

1. Chory zgłaszający się na leczenie do Szpitala powinien poddawać się badaniu przez lekarza.

2. Chory przyjęty do Szpitala powinien na zlecenie pielęgniarki/położnej poddać się kąpieli i innym zabiegom, doprowadzającym go do należytego stanu higienicznego. W realizacji czynności higienicznych pacjentom niesamodzielnym lub niepełnosprawnym pomagają opiekunowie medyczni.
3. Za odzież, przedmioty wartościowe i pieniądze nie przekazane przez chorego do depozytu Szpital nie odpowiada.
4. Chory w trakcie hospitalizacji nie ma prawa wychodzić poza obręb Szpitala bez poinformowania personelu medycznego, chyba że jest to konieczne ze względów leczniczych (np. konsultacje, badania itp.).
5. Chory obowiązany jest stosować się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, specjalistów medycznych oraz pielęgniarek/położnych, opiekunów medycznych, ratowników medycznych.
6. Chory ma obowiązek zapoznać się z Regulaminem Organizacyjnym Podmiotu Leczniczego w zakresie praw i obowiązków pacjenta. Choremu nie wolno przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zalecenia lekarza prowadzącego bądź lekarza dyżurnego.
7. W czasie wizyt lekarskich, zabiegów, opatrunków oraz w porze posiłków chorzy są obowiązani przebywać w przeznaczonych dla nich pokojach.
8. Niedopuszczalne jest przynoszenie i spożywanie jakichkolwiek napojów alkoholowych oraz częstowanie nimi innych chorych.
9. Chorego obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, papierosów elektronicznych i używania środków odurzających na terenie całego Szpitala.
10. Chory jest zobowiązany przechowywać artykuły żywnościowe wyłącznie w miejscach do tego wyznaczonych.
11. Chory nie ma prawa:
 - a. zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki/ położnej;
 - b. siadać i kłaść się na łóżkach innych chorych;
 - c. kłaść się do łóżka w odzieży i obuwiu;
 - d. chodzić bez ubrania.
12. Chory powinien mieć własne przybory toaletowe oraz własną bieliznę i pantofle oraz obuwie do ćwiczeń (z zabudowaną piętą).
13. Chory zdolny do samoobsługi jest zobowiązany do przestrzegania higieny osobistej.
14. Chory chodzący korzysta z toalety samodzielnie, a chory niesamodzielny przy pomocy personelu szpitalnego.
15. Choremu nie wolno zanieczyszczać ani zaśmiecać pomieszczeń szpitalnych, wyrzucać przez okno odpadków, zanieczyszczać odpadkami zlewów i ubikacji.
16. Chory jest odpowiedzialny za wszelkie mienie szpitalne, z którego korzysta w czasie pobytu w Szpitalu.
17. Chory zobowiązany jest pokryć koszty szkody powstałej z jego winy umyślnej.
18. Choremu nie wolno uprawiać w Szpitalu żadnych gier hazardowych oraz zajmować się handlem, akwizycją itp.
19. Chory nie ma prawa bez nadzoru personelu szpitalnego używać aparatów i urządzeń leczniczych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych.
20. Chory nie może przynosić własnych odbiorników telewizyjnych.
21. Chory może korzystać z telefonu znajdującego się w korytarzu oddziału, który jest udostępniony do komunikacji dla pacjentów.
22. Dopuszcza się korzystanie przez chorego z telefonu komórkowego i komputera w sposób niezakłócający spokoju innych chorych oraz nieutrudniający pracy personelowi medycznemu. Szpital udostępnia pacjentom nieodpłatnie możliwość korzystania ze szpitalnej sieci Wi-Fi.
23. W miejscach oznakowanych zakazem zabronione jest korzystanie z telefonów komórkowych i innych urządzeń elektronicznych.
24. Chory jest obowiązany życzliwie odnosić się do innych chorych i personelu Szpitala, a w szczególności nie zakłócać spokoju innym chorym.

25. W razie nie stosowania się chorego do niniejszego Regulaminu, chory może zostać wypisany ze Szpitala, jeśli jego stan zdrowia na to pozwala.

Rozdział IX

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych NZOZ Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach

§ 19

Oddziały / Działy Szpitala

1. Oddziały szpitalne są podstawowymi komórkami organizacyjnymi udzielającymi opieki w systemie stacjonarnym, całodobowo oraz w systemie dziennym.
2. Hospitalizacja pacjenta w oddziałach szpitalnych następuje w trybie planowym.
3. Zadania realizowane przez personel Oddziałów/Działów Szpitalnych to w szczególności:
 - a. przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
 - b. przeprowadzanie badania podmiotowego i przedmiotowego;
 - c. sporządzanie w uzgodnieniu z pacjentem planu opieki i w razie potrzeby jego aktualizacja;
 - d. wykonywanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych z uwzględnieniem specyfiki danego oddziału;
 - e. realizowanie opieki pielęgniarstwa i rehabilitacji stosownie do potrzeb pacjenta;
 - f. codzienna kontrola i ocena stanu zdrowia hospitalizowanych pacjentów;
 - g. analiza uzyskiwanych wyników badań;
 - h. farmakoterapia i leczenie preparatami krwiopochodnymi;
 - i. informowanie pacjentów o ich stanie zdrowia, przyjętych metodach leczenia i ewentualnych niezbędnych zabiegach leczniczych w sposób wyczerpujący i zrozumiały;
 - j. współpraca ze specjalistami w odpowiednich dziedzinach medycznych, jeżeli okaże się to niezbędne dla prawidłowego procesu diagnostyczno-leczniczego;
 - k. orzekanie o stanie zdrowia i wydawanie zaleceń co do dalszego leczenia;
 - l. edukacja pacjentów oraz ich rodzin w zakresie choroby, leczenia i pielęgnacji;
 - m. realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia;
 - n. dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek oraz przeciwdziałanie przebywania w oddziale osób przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia szpitalnego;
 - o. rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji;
 - p. gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych;
 - q. współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulaminy oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne;
 - r. utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale;
 - s. składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału;
 - t. przestrzeganie procedur i instrukcji Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia (Standardy akredytacyjne CMJ), obowiązujących w Szpitalu.
 - u. szkolenie teoretyczne i praktyczne kandydatów na lekarzy, lekarzy stażystów i lekarzy odbywających specjalizację, oraz realizację czynności edukacyjnych w ramach praktycznej nauki zawodu: pielęgniarstwo, dietetyka, psychologia, fizjoterapia, opiekun medyczny, elektroterapia;
 - v. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami;
 - w. prowadzenie kolejki oczekujących na leczenie w Oddziałach oraz planowanie harmonogramu przyjęć do oddziałów, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 20

Lekarz dyżurny

1. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego, w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy, zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na oddziale, a w szczególności:
 - a. rozpoczynać dyżur o ustalonej godzinie, zgodnie z harmonogramem;
 - b. kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej oddziału, składając raport z odbytego dyżuru ordynatorowi oddziału, lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.
 - c. kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywających na oddziale;
 - d. przebywać na oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia na inny oddział/ do innej komórki organizacyjnej, poinformować innego lekarza lub personel pielęgniarski o miejscu pobytu;
 - e. dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania - rozpocząć leczenie;
 - f. na prośbę lekarza dyżurnego innego oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w radzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane: jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia, w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia,
 - g. wykonywać obchody lekarskie w godzinach, co najmniej, popołudniowych i wieczornych, a w dni wolne od pracy oraz w dni świąteczne - także rano.

§ 21

Oddział Geriatryczny

1. W Oddziale leczeni są pacjenci wymagający hospitalizacji z zakresu geriatryi.
2. Oddział realizuje indywidualną i grupową edukację pacjentów i ich rodzin.
3. W ramach pracy Oddziału prowadzone są prace badawczo-rozwojowe.
4. Zadaniem oddziału jest zapewnienie świadczeń lekarskich w swojej specjalności dla pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć.
5. Bezpośrednio Oddziałem Geriatrycznym kieruje i nadzoruje Kierownik Oddziału Geriatrycznego.

§ 22

Dzienny Oddział Opieki Geriatrycznej

1. W Oddziale Dziennym Opieki Geriatrycznej leczeni są pacjenci w formie deinstytucjonalizacji usług medycznych, wymagający kompleksowej usługi medyczno-opiekuńczej, na podstawie standardu DDOM opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia lub jego modyfikacji w związku z finansowaniem świadczeń ze środków unijnych.
2. Oddział realizuje indywidualną i grupową edukację pacjentów i ich rodzin.
3. W ramach pracy Oddziału prowadzone są prace badawczo-rozwojowe oraz badania kliniczne nowych leków i nowych technologii medycznych.
4. Zadaniem pododdziału jest zapewnienie świadczeń lekarskich w swojej specjalności dla pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć.
5. Oddziałem Dziennym kieruje i nadzoruje pielęgniarka koordynująca – kierownik oddziału dziennego.

§ 23

Izba Przyjęć

1. Do zadań Izby Przyjęć należy:
 - a. przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do planowego leczenia szpitalnego;
 - b. prowadzenie sprawozdawczości i ewidencji szpitalnej;
 - c. nadzór nad prawidłową realizacją zadań z zakresu transportu sanitarnego;
 - d. współpraca ze służbami ratownictwa medycznego i zarządzania kryzysowego.
2. Świadczenia Izby Przyjęć udzielane są planowo w dni robocze w godzinach 7.00 – 14.25. Poza tymi godzinami pracy Izbę Przyjęć obsługuje zespół lekarski i pielęgniarski oddziału geriatrycznego na wezwanie.
3. Świadczenia medyczne Izby Przyjęć Ogólnej udzielane są przez własny zespół opiekunów medycznych oraz pielęgniarek i lekarzy Oddziału Geriatrycznego.
4. Izbę Przyjęć nadzoruje Kierownik Oddziału Geriatrycznego lub lekarz go zastępujący. W godzinach pracy 7.00 – 14.25 w dni robocze oraz poza 7.00 – 14.25 w dni robocze kierowanie operacyjne nad Izbą Przyjęć pełni lekarz dyżurny.

§ 24

Dział Farmacji Szpitalnej

1. Dział Farmacji Szpitalnej prowadzi gospodarkę lekami i wyrobami medycznymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Do zadań Działu Farmacji Szpitalnej należy w szczególności:
 - a. udział w racjonalizacji farmakoterapii, w tym udział w pracach komitetu terapeutycznego oraz innych zespołów powołanych przez Szpital;
 - b. uczestniczenie w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu jako członek zespołu badawczego,
 - c. udział w programach lekowych,
 - d. sprawowanie nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
 - e. zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym;
 - f. organizowanie w podmiotach leczniczych zaopatrzenia w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące:
 - i. materiały opatrunkowe,
 - ii. jednorazowe jałowe i niejałowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejałowym oprzyrządowaniem do ich implantacji,
 - iii. jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych

- połączone z uczestniczeniem w prowadzonej w tych podmiotach gospodarce tymi materiałami i wyrobami,

 - g. udzielanie informacji o produktach leczniczych,
 - h. prowadzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych leków (DNPL) i zgłaszanie ich odpowiednim organom,
 - i. udział w racjonalizacji farmakoterapii, przeprowadzanie analiz farmakoekonomicznych,
 - j. współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi w szpitalu,
 - k. prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny,

- l. prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującym prawem,
 - m. działalność profilaktyczna, edukacyjna i promocja zdrowia,
 - n. realizacja opieki farmaceutycznej i realizacja usług farmaceutycznych.
3. Bezpośredni nadzór oraz kierownictwo nad pracą Działu Farmacji sprawuje Kierownik tego działu.

§ 25

Dział Diagnostyki Obrazowej

1. W ramach Działu Diagnostyki Obrazowej działają następujące pracownice:
 - a. Pracownia RTG;
 - b. Pracownia Densytometrii;
 - c. Pracownia USG;
 - d. Pracownia EKG
2. Dział Diagnostyki Obrazowej wykonuje badania diagnostyczne na podstawie skierowania lekarskiego chorym hospitalizowanym w Szpitalu, korzystającym ze świadczeń ambulatoryjnych w Przychodni oraz w Izbie Przyjęć Szpitala, a także na zlecenie innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, podmiotów gospodarczych na podstawie zawartych umów, oraz dla osób indywidualnych jako badania odpłatne.
3. Do zadań Działu Diagnostyki obrazowej należy ponadto: kontrola jakości aparatów rtg i densytometrii, EKG użytkowanych w Szpitalu.
4. Dział koordynuje i nadzoruje zadania teleradiologii zlecone podmiotom zewnętrznym na podstawie umów zawartych przez Spółkę.
5. W ramach pracy Działu prowadzone są prace badawczo-rozwojowe oraz badania kliniczne nowych leków i nowych technologii medycznych.
6. Bezpośredni nadzór nad pracą Działu pełni Kierownik Oddziału/zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
7. Pracę Działu koordynuje Koordynator rejestracji medycznej (zwany też Koordynator Przychodni) na podstawie zakresu obowiązków.

§ 26

Dział Fizjoterapii

1. W Dziale realizowane są procedury z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii, masażu dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Szpitala oraz dla pacjentów/ pensjonariuszy innych komórek organizacyjnych w tym przy łóżku pacjenta oraz w wydzielonych do tego pomieszczeniach Działu Fizjoterapii.
2. W szczególności do zadań Działu należy usprawnianie osób z dysfunkcjami narządów, w tym narządu ruchu, wynikającymi między innymi z urazów, chorób zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego i schorzeń neurologicznych, oraz po zabiegach operacyjnych.
3. Do zadań działu należy również staranne czyszczenie, konserwowanie i poddawanie okresowej kontroli aparatów i urządzeń używanych w Dziale.
4. Dział realizuje indywidualną i grupową edukację pacjentów i ich rodzin.
5. W ramach pracy Działu prowadzone są prace badawczo-rozwojowe oraz badania kliniczne nowych leków i nowych technologii medycznych.
6. Dział realizuje czynności edukacyjne w ramach praktycznej nauki zawodu; fizjoterapia i technik masażysta.
7. Bezpośredni nadzór nad pracą Działu pełni zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
8. Pracę Działu koordynuje bezpośrednio Kierownik Oddziału/zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub wyznaczony pracownik działu na podstawie zakresu obowiązków.

§ 27

Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych

1. W skład Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi:
 - a. lekarz jako przewodniczący zespołu;
 - b. pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych;
 - c. diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli lekarz, wymieniony w pkt a., nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej;
2. Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy:
 - a. Realizacja ustawowych zadań opisanych w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym:
 - i. opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - ii. prowadzenie kontroli wewnętrznej, oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
 - iii. szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
 - iv. konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.
 - b. Analiza wyników badań mikrobiologicznych oraz ocena lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej.
 - c. Inicjowanie i koordynowanie działań w ramach wygaszania ogniska epidemicznego.
 - d. Współpraca z Komitetem Terapeutycznym w zakresie wytycznych stosowania antybiotyków w szpitalu oraz z Komitetem ds. Zakażeń w zakresie oceny aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Szpitalu.
 - e. Współpraca ze specjalistą ds. BHP w zakresie stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia ekspozycji na czynniki biologiczne w środowisku pracy i zminimalizowania ryzyka ich przeniesienia na inne osoby.
 - f. Współpraca z lekarzem medycyny pracy w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego pracowników Szpitala i Przychodni.
 - g. Planowanie i realizacja szkoleń dla pracowników Szpitala i Przychodni z zakresu prewencji i kontroli zakażeń.
 - h. Opiniowanie wniosków i zmian w infrastrukturze Szpitala i Przychodni w aspekcie ich wpływu na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu.
3. Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 28

Specjalista ds. epidemiologii

1. Do obowiązków Specjalisty ds. epidemiologii należy:
 - a. opracowywanie procedur dotyczących profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - b. nadzór i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala i Przychodni;
 - c. nadzór nad pracą personelu we wszystkich komórkach Szpitala i Przychodni w kontekście sanitarnoepidemiologicznym;
 - d. nadzór nad sposobami przechowywania sterylnej sprzętu medycznego;
 - e. określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu;
 - f. nadzór nad żywieniem pacjentów w aspekcie epidemiologicznym;
 - g. nadzór nad dokumentacją medyczną indywidualną w zakresie swoich kompetencji i prowadzenie dokumentacji zbiorczej Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w tym:
 - i. raportów kwartalnych i rocznych;
 - ii. planów i sprawozdań.
 - h. współpraca z organami Inspekcji Sanitarnej-Epidemiologicznej;
 - i. współpraca z laboratorium mikrobiologicznym;

- j. współpraca ze szpitalnym Komitetem ds. Zakażeń i Zespołem ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych
 - k. edukacja personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych i sposobów ich ograniczania;
 - l. wykonywanie innych poleceń wydanych przez Dyrektora Szpitala.
2. Specjalista ds. epidemiologii jest samodzielnym stanowiskiem i podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 29

Dietetyk Szpitala

1. Do obowiązków Dietetyka Szpitala należy:
- a. opracowywanie procedur dotyczących bezpiecznego żywienia pacjentów w Szpitalu i monitorowanie ich stosowania przez personel Szpitala i firmy zewnętrznej odpowiedzialnej za catering;
 - b. weryfikacja jadłospisów dla pacjentów w zależności od stanu zdrowia wg zasad dietetycznych;
 - c. udział w pracach Zespołu ds. terapii żywieniowej.
2. Dietetyk Szpitala jest samodzielnym stanowiskiem i podlega bezpośrednio pod nadzór Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 30

Inspektor Ochrony Radiologicznej

1. Do obowiązków Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:
- a. nadzór nad pracą z aparatami rentgenowskimi;
 - b. wykonywanie testów wewnętrznej kontroli aparatury rentgenowskiej;
 - c. zapewnienie bezpieczeństwa pracy w polu jonizującym, w tym:
 - i. nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej;
 - ii. dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawienie jej Dyrektorowi Szpitala;
 - iii. informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego;
 - iv. wyjaśnianie przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji Dyrektorowi Szpitala.
 - d. zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom poddawanych diagnostyce z użyciem promieniowania jonizującego, poprzez szkolenia personelu oraz opracowanie, wdrożenie i udokumentowanie stosownych procedur ochrony.
2. Inspektor Ochrony Radiologicznej jest samodzielnym stanowiskiem i podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 31

Kapelan

1. Kapelan zapewnia opiekę duszpasterską pacjentom Szpitala i personelowi Spółki.
2. Informacja o posłudze duszpasterskiej jest w sposób czytelny przedstawiana na ogólnodostępnej tablicy ogłoszeń Szpitala.
3. Godziny posług sakramentalnych są dostosowane do możliwości chorych i rytmu pracy oddziałów Szpitala.
4. Kapelan jest samodzielnym stanowiskiem i podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 32

Pełnomocnik ds. Jakości

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Jakości należy:
 - a. organizacja systemu jakości w jednostce poprzez dostosowanie jej do standardów akredytacyjnych,
 - b. zarządzanie systemem kluczowych wskaźników jakości w jednostce,
 - c. wsparcie kierującego jednostką we wdrażaniu oraz realizacji strategii jednostki,
 - d. organizacja oraz wspieranie działań szkoleniowych w obszarze jakości dla pracowników jednostki,
 - e. Prowadzenie dokumentacji wewnętrznej jednostki w zakresie wskazanym w standardach akredytacyjnych CMJ,
 - f. opracowanie listy procedur, analiz, szkoleń, dokumentów niezbędnych do procesu akredytacyjnego,
 - g. dokonywanie samooceny jednostki poprzez weryfikację poziomu realizacji standardów akredytacyjnych,
 - h. inicjowanie, wdrażanie i kontrolowanie mechanizmów zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz pracownikom,
 - i. organizacja, nadzór oraz udział w przedsięwzięciach sprzyjających zapewnieniu jakości.
 - j. podejmowanie działań dla zapewnienia realizacji celów i zadań jednostki w sposób zgodny ze standardami akredytacyjnymi,
 - k. udział w formalnym powołaniu Komitetów oraz Zespołów akredytacyjnych,
 - l. nadzór nad terminową realizacją prac powołanych Komitetów oraz Zespołów (na podstawie ustalonych harmonogramów),
 - m. udział w przygotowaniu pracowników jednostki do wizytacji akredytacyjnej,
 - n. organizacja oraz udział w przeprowadzaniu auditów wewnętrznych oraz sporządzanie raportów uwzględniających zalecenia w zakresie działań zmierzających do poprawnej realizacji standardów akredytacyjnych,
 - o. współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych jednostki w sprawach dotyczących procesu akredytacyjnego,
 - p. udział w doskonaleniu systemu rejestracji zdarzeń niepożądanych w jednostce,
 - q. prowadzenie oraz nadzór nad systemem wewnętrznym o którym mowa w Ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023 poz. 1692),
 - r. dokumentowanie realizowanych zadań w postaci raportów i opracowań oraz prowadzenie niezbędnych analiz i zapisów dotyczących procesu akredytacyjnego.
2. Pełnomocnik ds. jakości działa w oparciu o zapisy Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego.
3. W zakresie realizacji zadań służbowych Pełnomocnik ds. Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 33

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:
 - a. wsparcie Kierownika Szpitala w realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta;
 - b. udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów dotyczących naruszenia ich praw, a także podejmowanie działań w celu rozwiązania zgłoszonych problemów;
 - c. analiza nieprawidłowości związanych z realizacją praw pacjenta oraz wprowadzanie działań naprawczych w przypadku ich stwierdzenia;
 - d. organizacja szkoleń z zakresu praw pacjenta dla pracowników Szpitala oraz opracowywanie materiałów edukacyjnych;

- e. współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta i innymi odpowiednimi organami (np. Inspekcja Sanitarna, NFZ);;
 - f. wykonywanie innych działań związanych z przestrzeganiem praw pacjentów, zgodnie z poleceniami Dyrektora Szpitala
2. Pełnomocnik ds. jakości działań w oparciu o zapisy Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego oraz indywidualnego pełnomocnictwa, które legitymuje Pełnomocnika do samodzielnego podejmowania decyzji w sprawach dotyczących naruszeń praw pacjentów, w tym do inicjowania postępowań wyjaśniających i podejmowania działań naprawczych.
 3. Pełnomocnik jest upoważniony do komunikowania się z odpowiednimi organami, w tym Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz do udziału w szkoleniach organizowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta.
 4. Pełnomocnik bezpośrednio podlega Dyrektorowi Szpitala, który nadzoruje wykonywanie zadań pełnomocnika w zakresie przestrzegania praw pacjentów.

§ 34

Pełnomocnik ds. PPOŻ

1. Do zadań Pełnomocnika ds. PPOŻ należy:
 - a. Opracowywanie i aktualizowanie dokumentacji: w tym instrukcji bezpieczeństwa pożarowego oraz planów ewakuacji.
 - b. Organizacja i nadzór nad szkoleniami: przeprowadzanie szkoleń wstępnych i okresowych dla pracowników z zakresu ppoż. i BHP.
 - c. Nadzór nad sprzętem: dbanie o konserwację, naprawy oraz prawidłowe rozmieszczenie urządzeń przeciwpożarowych, gaśnic i sygnałów alarmowych.
 - d. Przeprowadzanie kontroli: okresowe kontrole stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego w obiekcie.
 - e. Współpraca z PSP: współdziałanie z właściwą miejscowo Komendą Państwowej Straży Pożarnej, w tym udział w opracowywaniu harmonogramów realizacji zaleceń pokontrolnych.
 - f. Ocena ryzyka: udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego związanego z zagrożeniami pożarowymi na poszczególnych stanowiskach pracy.
2. Pełnomocnik bezpośrednio podlega Dyrektorowi Szpitala.

Rozdział X

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Przychodni EMC Silesia

§ 34

1. Do podstawowych zadań Przychodni należy:
 - a. wykonywanie specjalistycznych świadczeń medycznych w trybie ambulatoryjnym, w tym przeprowadzenie wywiadu, badania lekarskiego, wykonywanie stosownej diagnostyki i zabiegów oraz wydawanie zaleceń;
 - b. wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym profilaktyka i promocja zdrowia, wykonywanie szczepień ochronnych, udzielanie porad lekarskich, pielęgniarskich i położnej środowiskowej;
 - c. kwalifikacja chorych do dalszego leczenia specjalistycznego lub szpitalnego;
 - d. profilaktyka, edukacja i promocja zdrowia;
 - e. udzielanie specjalistycznych konsultacji pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu Geriatrycznym im. Jana Pawła II w Katowicach, na wniosek lekarza prowadzącego lub dyżurnego;
 - f. wykonywanie badań diagnostycznych specjalistycznych dla pacjentów kierowanych z poradni specjalistycznych, innych podmiotów leczniczych na podstawie zawartych umów oraz dla osób indywidualnych jako badania odpłatne;

§ 35

6. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń, których udzielenie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie wymaga skierowania.
7. Zasady zapisów na porady i wizyty w przychodniach
 - a. na wizytę można zarejestrować się telefonicznie, osobiście lub przez osobę trzecią w godzinach pracy przychodni, lub w dowolnym momencie przez e-rejestrację (dotyczy tylko wybranych poradni); termin wizyty zostaje zarezerwowany w programie komputerowym, a pacjent otrzymuje informację ustną (rejestracja telefoniczną), pisemną (rejestracja osobista w przychodni) o dacie, godzinie i miejscu udzielania świadczenia oraz o dokumentach, które powinien mieć ze sobą w dniu wyznaczonej wizyty,
 - b. przed ustalonym terminem wizyty pacjent otrzymuje wiadomość sms, na numer telefonu podany podczas rejestracji, z przypomnieniem o terminie wizyty – w przypadku chęci rezygnacji z wizyty odpowiadając na otrzymaną wiadomość pacjent może powiadomić placówkę o rezygnacji,
 - c. w razie awarii prądu bądź braku dostępu do internetu, wizyta pacjenta jest rejestrowana w Rejestrze pacjentów,
 - d. decyzję o przeprowadzeniu wizyty domowej lekarskiej podejmuje lekarz na podstawie wywiadu zebranego w rozmowie z pacjentem lub opiekunem prawnym pacjenta, lub inną osobą dokonującą rezerwacji terminu wizyty,
 - e. wizyty domowe pielęgniarские są realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego i odnotowywane w Księżce zleceń i zabiegów wykonywanych w środowisku,
 - f. zgłoszenie i potwierdzenie odbycia wizyty domowej lekarskiej odnotowuje się w Rejestrze wizyt domowych lekarskich,
8. Zasady zapisywania się na listę oczekujących na świadczenie:
 - a. przychodnia prowadzi listy oczekujących na świadczenie,
 - b. szpital prowadzi listę oczekujących na świadczenie,
 - c. na listę oczekujących do danej poradni pacjent może zapisać się telefonicznie, elektronicznie, osobiście lub przez osoby trzecie, w godzinach pracy przychodni,
 - d. w przypadku stanu nagłego lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczenie medyczne jest realizowane w trybie nagłym. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz,
 - e. umieszczanie na liście oczekujących odbywa się według kolejności zgłoszeń,
 - f. w przypadku, kiedy zwolni się miejsce do poradni pracownik rejestracji powiadamia pierwszego pacjenta na liście oczekujących o dacie, godzinie, miejscu udzielania świadczenia i dokumentach, które należy przedstawić w dniu wizyty oraz rejestruje pacjenta w programie komputerowym do właściwej poradni,
 - g. w przypadku, kiedy zwolni się miejsce w szpitalu, pracownik powiadamia pierwszego pacjenta na liście oczekujących o dacie, godzinie, miejscu przyjęcia oraz dokumentach, które należy przedstawić,
 - h. w sytuacjach losowych leżących zarówno po stronie pacjenta jak i przychodni, istnieje możliwość zmiany wyznaczonego terminu. Pacjent jest o fakcie zmiany terminu informowany telefonicznie,
 - i. w sytuacjach losowych leżących zarówno po stronie pacjenta jak i zakładu opiekuńczo leczniczego / szpitala, istnieje możliwość zmiany wyznaczonego terminu. Pacjent jest o fakcie zmiany terminu informowany telefonicznie,
 - j. jeżeli pacjent nie zgłosi chęci zmiany terminu wizyty i nie stawia się w wyznaczonym terminie, zostaje skreślony z listy oczekujących na świadczenie.
9. Zgodnie z art. 47c oraz art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DZ.U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) wybranym grupom pacjentów przysługują szczególne uprawnienia dotyczące korzystania ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia:
 - p) kobiety w ciąży;

- q) świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b;
- 1a. Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.
- 1b. Prawo do wyrobów medycznych, na zasadach, o których mowa w ust. 1a, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:
- 1) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
- r) osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1;
- 1.Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawi legitymację "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu"
- s) inwalidzi wojenni i wojskowi;
- t) żołnierze zastępczej służby wojskowej;
- u) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- v) kombatancki;
- w) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
- x) osoby deportowane do pracy przymusowej;
- y) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- z) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- aa) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 - na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782);
- bb) żołnierze zawodowi, o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
- cc) żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
- dd) osoby, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia.

§ 34

Przychodnia Wielospecjalistyczna

1. Do podstawowych zadań Przychodni Wielospecjalistycznej należy:

- a. wykonywanie świadczeń medycznych w odpowiednim zakresie, w tym przeprowadzenie wywiadu, badania lekarskiego, wykonanie stosownej diagnostyki i zabiegów oraz wydanie zaleceń;
 - b. kwalifikacja chorych do dalszego leczenia specjalistycznego lub szpitalnego;
 - c. udzielanie konsultacji pacjentom hospitalizowanym na oddziałach szpitalnych na wniosek lekarza prowadzącego lub dyżurnego;
 - d. wykonywanie specjalistycznych porad i procedur medycznych dla innych podmiotów gospodarczych na podstawie zawartych umów oraz dla osób indywidualnych jako badania odpłatne.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w dni robocze od poniedziałku do piątku, zgodnie z harmonogramem pracy poszczególnych poradni i pracowni.
3. W skład Przychodni Wielospecjalistycznych wchodzi:
 - 1) Poradnia geriatryczna – do podstawowych zadań Poradni należy diagnostyka i leczenie pacjentów w wieku powyżej 60 roku życia w zakresie zaburzeń pamięci, zaburzeń zachowania, agresji, drażliwości, depresji, bezsenności, uzależnienia od leków, pogorszenia ogólnej sprawności chorego, zaburzeń chodu, upadków, zaburzenia równowagi, osteoporozy, zapobiegania złamaniom, zaburzeń odżywienia, nietrzymania moczu i stolca, oceny wyrównania chorób przewlekłych takich jak przewlekła choroba wieńcowa, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, wielochorobowość oraz wielolekowość, a także wzajemny wpływ chorób przewlekłych na siebie i na jakość życia chorego.
 - 2) Poradnia osteoporozy – do podstawowych zadań Poradni należy diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie osteoporozy oraz innych zaburzeń mineralizacji tkanki kostnej.
 - 3) Poradnia okulistyczna - do podstawowych zadań Poradni należy diagnostyka i leczenie chorób narządu wzroku. Poradnia wykonuje procedury diagnostyczno-zabiegowe oraz zabiegowe.
 - 4) Poradnia Chirurgii Ogólnej - Do podstawowych zadań Poradni należy wykonywanie świadczeń medycznych ambulatoryjnych w zakresie chirurgii ogólnej, onkologicznej i klatki piersiowej, w tym przeprowadzenie wywiadu, diagnostyki chirurgicznej oraz niezbędnych badań i drobnych procedur zabiegowych;
 - 5) Poradnia Rehabilitacyjna. W Poradni udzielane są porady lekarskie z zakresu rehabilitacji medycznej, w tym kwalifikacja do zabiegów fizjoterapii i kontrola po ich przeprowadzeniu. Poradnia prowadzi kwalifikację do leczenia rehabilitacyjnego stacjonarnego i jednodniowego dorosłych i dzieci;
 - 6) Poradnia chorób naczyń (ze specjalnością angiologia) – Poradnia zajmuje się diagnostyką oraz leczeniem chorób naczyń krwionośnych i chłonnych, z wyjątkiem tych, które należą do ośrodkowego układu krwionośnego.
 - 7) Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej. W Poradni wykonywane są świadczenia medyczne ambulatoryjne związane z chorobami, urazami narządu ruchu, w tym zlecenia na środki ortopedyczne, zabiegi rehabilitacyjne. Poradnia wykonuje procedury diagnostyczno-zabiegowe oraz zabiegowe np. usunięcie szwów, podanie dostawowe leków, usunięcie/założenie opatrunku gipsowego, inne procedury zabiegowe możliwe do realizacji w trybie ambulatoryjnym jak również badania USG w zakresie narządu ruchu;
 - 8) Poradnia Otolaryngologiczna. W Poradni są diagnozowane i leczone schorzenia górnych dróg oddechowych. Wykonywane są drobne procedury zabiegowe w obrębie nosa, ucha, gardła i krtani;
 - 9) Poradnia Ginekologiczno – Położnicza. W Poradni wykonywane są świadczenia ambulatoryjne z zakresu położnictwa i ginekologii, ginekologii onkologicznej, w tym badania USG narządu rodniczego, drobne zabiegi diagnostyczno-lecznicze, poradnictwo w zakresie planowania rozrodu i leczenia niepłodności. Poradnia realizuje świadczenia opieki nad ciężarną zgodnie z obowiązującymi standardami, określonymi przepisami prawa;

- 10) Poradnia Kardiologiczna. W Poradni są diagnozowane i leczone schorzenia układu sercowonaczyniowego. W ramach porad wykonywane są badania diagnostyczne, m.in. Holter RR, Holter EKG, badania wysiłkowe, badania USG serca;
- 11) Poradnia neurologiczna. W poradni są diagnozowane i leczone schorzenia układu nerwowego, w tym prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu nerwowego, świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami układu nerwowego, diagnostyka i leczenie nowotworów złośliwych rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych, diagnostyka i leczenie bólów głowy oraz stanów po urazach głowy.
- 12) Poradnia urologiczna. Poradnia zajmuje się prewencją i wczesnym wykrywaniem chorób układu moczowego, prowadzi świadczenia konsultacyjne, diagnostykę i leczenie pacjentów z chorobami układu moczowego, w tym wykonywanie procedur zabiegowych w trybie ambulatoryjnym.
- 13) Poradnia Psychologiczna. Do zadań Poradni należy wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie kompetencji psychologa, w tym przeprowadzenie wywiadu, ustalenie rozpoznania psychologicznego, ustalenie i prowadzenie indywidualnej terapii lub terapii grupowej pacjentów;
- 14) Poradnia medycyny pracy oraz Poradnia badań psychotechnicznych - zapewnia świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki lekarskiej nad pracownikami poprzez realizację odpowiednich pakietów świadczeń w ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych.
- 15) Poradnia logopedyczna W Poradni wykonywane są świadczenia w zakresie diagnostyki i terapii zaburzeń mowy i komunikacji zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.
- 16) Poradnia podologiczna - W Poradni wykonywane są świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń stóp.
- 17) Pracownia USG. Do zadań pracowni należy wykonywanie ultrasonograficznych badań diagnostycznych;
- 18) Gabinety diagnostyczno-zabiegowe są to gabinety diagnostyczno-zabiegowe dla potrzeb Poradni Chirurgii Ogólnej, Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Poradni Otolaryngologicznej. Pozostałe Poradnie korzystają z tych gabinetów z uwzględnieniem rozdziału czasowego realizacji świadczeń. W Gabinetach wykonywane są m.in.: iniekcje domięśniowe i dożylnie, wlewy kroplowe, inhalacje, pomiar RR, pomiar poziomu glukozy, zapisy EKG, zakładanie urządzeń Holter EKG i RR, badania USG, ambulatoryjne procedury zabiegowe;
- 19) Punkt pobrań – realizowane są tam procedury pobierania materiału od pacjentów celem wykonania badań diagnostycznych - analitycznych i mikrobiologicznych.

§ 35

Podstawowa Opieka Zdrowotna

1. Do podstawowych zadań Poradni POZ, należy wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym profilaktyka i promocja zdrowia, wykonywanie szczepień ochronnych, udzielanie porad lekarskich i pielęgniarских oraz porad położnej środowiskowej.
2. Poradnia POZ udziela świadczeń zdrowotnych osobom zadeklarowanym, a w stanach nagłych, w niezbędnym zakresie, wszystkim potrzebującym.
3. W skład komórki wchodzi:
 - a. Poradnia Lekarza POZ. Do podstawowych zadań lekarza POZ należy: badanie i porady lekarskie; wykonywanie świadczeń medycznych określonych w zakresie czynności lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; leczenie i zapobieganie chorobom; orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia, realizowanie wizyt domowych;
 - b. Poradnia Pielęgniarki POZ. Do podstawowych zadań pielęgniarki środowiskowej należy wykonywanie świadczeń medycznych określonych w zakresie czynności pielęgniarki

- środowiskowej. Świadczenia są udzielane w gabinecie Pielęgniarki POZ, a także w środowisku pacjenta;
- c. Poradnia Położnej POZ. Do podstawowych zadań położnej środowiskowej należy wykonywanie świadczeń medycznych określonych w zakresie czynności położnej środowiskowej. Świadczenia są udzielane w gabinecie Położnej POZ, a także w środowisku pacjenta;
 - d. Punkt Szczepień. Do zadań realizowanych w Punkcie Szczepień należą: prowadzenie szczepień wg obowiązującego aktualnie kalendarza; prowadzenie szczepień nieobowiązkowych, zalecanych; planowanie szczepień, przestrzeganie terminu ważności i prawidłowego przechowywania szczepionek; organizowanie i prowadzenie wspólnie z lekarzem działalności prozdrowotnej; prowadzenie dokumentacji;
 - e. Gabinet Diagnostyczno Zabiegowy. Do podstawowych zadań realizowanych w Gabinetzie Diagnostyczno-Zabiegowym należy: wykonywanie iniekcji; wykonywanie opatrunków; pobieranie materiału do badań analitycznych; wykonywanie testów paskowych, pomiary RR i temperatury ciała; wykonywanie EKG, spirometrii; prowadzenie dokumentacji.

Rozdział XI

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 36

1. W celu udzielania świadczeń medycznych Spółka współpracuje z lekarzami prowadzącymi praktyki lekarskie w zakresie udzielania świadczeń medycznych na podstawie zawieranych umów cywilnoprawnych.
2. Lekarze wykonujący usługi medyczne są niezależni od Spółki w zakresie wyboru metody diagnostyki leczenia, z zastrzeżeniem stosowania metod leczenia, których skuteczność została potwierdzona wg EBM (Evidence Based Medicine) oraz ponoszą wyłączną odpowiedzialność za rozpoznanie choroby i wybór metody leczenia.
3. Umowy cywilno-prawne mogą być również zawierane z pielęgniarkami, położnymi, opiekunami medycznymi, ratownikami medycznymi, technikami elektroradiologii, elektroradiologami, fizjoterapeutami oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych.
4. W celu zapewnienia kompleksowości diagnostyki i leczenia pacjentów Spółka współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą poprzez zawieranie umów w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie niezbędnym do zapewnienia prawidłowego procesu leczenia.
5. W szczególności umowy te dotyczą konsultacji lekarskich i procedur diagnostyczno-leczniczych, których nie wykonuje Spółka oraz transportu sanitarnego.
6. Spółka udziela konsultacji lekarskich na zlecenie innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
7. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim uzgodnieniu przyjęcia. Pacjent zostaje przekazany wraz z dokumentacją zawierającą informacje o rozpoznaniu stanu zdrowia pacjenta oraz o podjętych czynnościach.

Rozdział XII

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

§ 37

1. Podmiot Leczniczy prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę danych w niej zawartych, zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie.
2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci elektronicznej i/lub w przypadkach przewidzianych prawem, w postaci pisemnej.

3. Podmiot Leczniczy udostępnia dokumentację, o której mowa w ust.1:
- a. pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - b. po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia;
 - c. w przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską;
 - d. w przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej;
 - e. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - f. organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
 - g. podmiotom, uprawnionym w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - h. Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.);
 - i. Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2150 z późn. zm.);
 - j. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - k. uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - l. organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - m. podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - n. zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - o. komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
 - p. osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - q. wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;

- r. spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
 - s. 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 z 2021 r., poz. 666 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - t. członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań;
 - u. dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- a. do wglądu w Podmiocie leczniczym,
 - b. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
 - c. poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu,
 - d. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - e. na informatycznych nośnikach danych.

Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 38

1. Wysokość opłat ustala się zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a. jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, poczynwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r., 291 z późn. zm.);
 - b. jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, którym mowa w pkt 1;
 - c. udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku - 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
 - d. udzielenie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta na wniosek zakładu ubezpieczeń - 50,00 zł;
 - e. wystawienie dodatkowych zaświadczeń o które zwróci się zakład ubezpieczeń lub pacjent - 50,00zł;
 - f. odtworzenie książeczki zdrowia dziecka, na wniosek opiekuna prawnego - 50,00 zł;
 - g. koszt przesyłki.
2. Cennik określający kwoty opłat jest publikowany na stronie internetowej Szpitala oraz e Rejestracji medycznej. Dyrektor placówki na bieżąco dokonuje jego aktualizacji.
3. Zmiana cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w związku ze zmianą przeciętnego wynagrodzenia nie wymaga zmiany Regulaminu.
4. Wysokość aktualnie obowiązujących opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej podawana jest do wiadomości pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych oraz osób trzecich poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń i umieszczenie na stronie internetowej Spółki.
5. Wnioskodawca odbiera udostępnioną dokumentację w siedzibie Spółki. W innych przypadkach dokumentacja zostanie dostarczona przez Spółkę zgodnie z wnioskiem wnioskodawcy t.j. listem poleconym czy za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail) – na koszt wnioskującego .
6. Opłaty, o których mowa w niniejszym paragrafie, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
 - a. pacjentowi, albo jego opiekunowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób , o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 Ustawy z

dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849 z późn. zm.)

- b. w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67 e ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849 z późn. zm.)
- c. Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji oraz Agencji badań Medycznych

Rozdział XIII

Organizacja procesu udzielania świadczeń w przypadku pobierania opłat i wysokości tych opłat **§ 39**

1. Odpłatne świadczenia zdrowotne realizowane są na podstawie:

a. Indywidualnego rozliczenia z pacjentem, wg poniższych zasad:

- i. pacjent ma prawo przed rozpoczęciem udzielania świadczenia odpłatnego uzyskać informację o cenie i zakresie procedur medycznych wchodzących w skład oferowanego świadczenia;
- ii. świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane w trybie hospitalizacji są poprzedzone zawarciem indywidualnej umowy z pacjentem; realizacja odpłatnych świadczeń zdrowotnych w trybie hospitalizacji jest uzależniona od możliwości wyodrębnienia potencjału lokalowego oraz osobowego do realizacji świadczeń w sposób niekolidujący z udzielaniem świadczeń w ramach umowy z NFZ;
- iii. pozostałe odpłatne świadczenia zdrowotne nie wymagają zawarcia umowy;
- iv. pacjent jest zobowiązany do uregulowania należności za usługę przed jej rozpoczęciem;
- v. zapłaty za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne należy dokonywać wpłatą gotówkową za pokwitowaniem lub przelewem na wskazany rachunek bankowy;
- vi. na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego,

wystawiana jest faktura VAT.

b. Umowy z pracodawcą wg poniższych zasad:

- i. świadczenia udzielane są w trybie planowym na podstawie umowy zawartej pomiędzy Spółką a pracodawcą;
- ii. umowa może dotyczyć leczenia indywidualnego pacjenta w zakresie procedur realizowanych w Szpitalu lub Przychodni;
- iii. rozliczenie następuje w sposób i w terminie ustalonym w umowie;
- iv. pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi.

c. Umowy z Partnerem Medycznym lub towarzystwem ubezpieczeń, wg poniższych zasad:

- i. świadczenia udzielane są w trybie planowym na podstawie umów dwustronnych;
- ii. umowa precyzuje zakres i cenę jednostkową świadczeń oraz organizację obsługi pacjentów;
- iii. rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie;
- iv. pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi.

2. Spółka może wyrazić zgodę na świadczenie pacjentom Szpitala na ich wniosek, odpłatnych usług medycznych lub usług towarzyszących przez inne podmioty, które zawarły ze Spółką odpowiednie umowy.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez podmiot leczniczy liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
5. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
6. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze świadczeń publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.

§ 40

1. Spółka informuje o udzielanych odpłatnie świadczeniach, ich zakresie i cenie, poprzez umieszczenie tych danych w materiałach informacyjnych, na stronie internetowej i poprzez informację udzielaną bezpośrednio przez pracowników.
2. Spółka nie może wywierać na pacjenta niedozwolonego wpływu w celu zawarcia umowy o odpłatne wykonanie świadczenia zdrowotnego. W szczególności niedozwolone jest reklamowanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, wywieranie nacisku na pacjenta lub wprowadzanie w błąd.

§ 41

1. Spółka ma prawo do pobierania opłaty za przedłużenie pobytu w sytuacji, o której mowa w § 16 ust. 1 niniejszego Regulaminu;
2. Spółka pobiera opłaty lub częściowe opłaty za transport sanitarny, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 42

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnych jest zgodny z zasadami Rozdziału VII „Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych” niniejszego Regulaminu.

Rozdział XIV

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych

§ 43

1. Opłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom nie posiadającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz nie finansowanych ze środków publicznych ustalane są w oparciu o cennik wprowadzony na dany rok kalendarzowy Zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Aktualizacje częściowe wprowadzonego cennika w danym roku kalendarzowym nie wymagają formy Zarządzenia Dyrektora.
2. Cennik zawierający wysokość opłat jest podawany do wiadomości publicznej poprzez zamieszczenie na stronie internetowej Spółki. Cennik jest także dostępny na wniosek zainteresowanych w Rejestracji Medycznej.

Rozdział XV

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny

§ 44

1. W przypadku przechowania zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny Spółka pobiera opłatę od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia

1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1947 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1 wynosi: 100 zł za dobę. Wysokość aktualnie obowiązującej opłaty podawana jest do wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń i umieszczenie na stronie internetowej Spółki.

Rozdział XVI

Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Szpitala i Przychodni

§ 45

Dyrektor Szpitala

1. Funkcję Kierownika podmiotu leczniczego realizuje Dyrektor podmiotu leczniczego (zwany również Dyrektorem Szpitala oraz Dyrektorem) jako organ uprawniony do kierowania podmiotem leczniczym i reprezentowania go na zewnątrz zgodnie z umową spółki i powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Dyrektor zarządza podmiotem leczniczym i reprezentuje go na zewnątrz oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności podmiotu leczniczego, w szczególności za:
 - a. organizację i prowadzenie Podmiotu leczniczego zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - b. kierowanie i udział w negocjacjach kontraktów z NFZ-em i innymi ubezpieczycielami,
 - c. realizację zadań i programu określonego w rocznych programach działania podmiotu leczniczego uchwalanych przez Zarząd Spółki,
 - d. organizowanie pracy podmiotu leczniczego w sposób zapewniający należyte wykonywanie świadczeń medycznych, w warunkach zgodnych z obowiązującymi przepisami, ustalonymi zasadami i zawartymi umowami,
 - e. nadzorowanie sprawnego funkcjonowania poszczególnych jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego oraz organizację pracy podległego personelu;
 - f. zapewnienie odpowiedniego poziomu działalności leczniczo – profilaktycznej, podnoszenie poziomu pracy personelu oraz zwiększanie zakresu i jakości usług podmiotu leczniczego;
 - g. organizację działalności dydaktycznej, nadzorowanie kształcenia i szkolenie personelu;
 - h. dobór i zgodną z obowiązującymi normami obsadę personelu;
 - i. gospodarkę finansową i ogólną podmiotu leczniczego;
 - j. projekty gospodarcze i inwestycyjne podmiotu leczniczego;
 - k. nawiązywanie i utrzymywanie współpracy z innymi zakładami opieki zdrowotnej.
3. Dyrektor może realizować swoje zadania wyznaczając w tym celu rolę Zastępcy Dyrektora. Zastępca Dyrektora realizuje wyznaczone zadania przypisane do stanowiska realizacji dla Dyrektora Szpitala. Dyrektor może opracować odrębną Kartę Opisu Stanowiska dla stanowiska Zastępcy Dyrektora, jednak ze względu na uzupełniający i pomocniczy charakter tej roli nie jest ona obligatoryjna.

§ 46

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych

1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych należy w szczególności:
 - a. merytoryczny nadzór nad komórkami organizacyjnymi świadczącymi usługi medyczne;
 - b. optymalizacja organizacji procesu leczenia i kosztów, przy zachowaniu odpowiedniej jakości usług medycznych;
 - c. nadzór nad umowami z podwykonawcami realizującymi świadczenia medyczne i usługi pomocnicze;
 - d. dbałość o prawidłowe wyposażenie stanowisk pracy personelu medycznego, zgodnie
 - e. z przepisami prawa i wymogami NFZ;

- f. nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz jej archiwizowaniem i udostępnianiem;
 - g. nadzór nad sprawozdawczością procedur medycznych do NFZ i innych płatników;
 - h. nadzór nad jakością świadczeń medycznych we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości;
 - i. reprezentowanie na zewnątrz Szpitala w sprawach medycznych, w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala;
 - j. współpraca z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, korporacjami zawodów medycznych;
 - k. współpraca z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą współpracującymi ze Szpitalem,
 - l. współpraca z administracją rządową i samorządową i organizacjami pozarządowymi w sprawach związanych ze świadczonymi przez Szpital usługami medycznymi;
 - m. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
3. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych odpowiada za rzetelne, prawidłowe i terminowe sporządzenie przez podległe jednostki organizacyjne, obowiązującej sprawozdawczości.
4. Poza godzinami ordynacji dziennej Szpitala oraz w dni wolne i w święta Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Medycznych w sytuacjach kryzysowych zastępuje lekarz dyżurny Szpitala.
5. Niezależnie od uprawnień wynikających z odrębnych przepisów Zastępca Dyrektora ds. Medycznych posiada uprawnienia do:
- a. wnioskowania do Dyrektora Szpitala o kształtowanie poziomu zatrudnienia podległego personelu w zależności od aktualnego zapotrzebowania wynikającego z liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - b. typowania podległego personelu na szkolenia zawodowe;
 - c. występowania do Dyrektora Szpitala w sprawie awansów, nagród, premii, kar regulaminowych podległego personelu;
 - d. reprezentowania Szpitala wobec korporacji zawodowej lekarzy oraz Konsultantów Wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny.
6. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych współpracuje z Zarządem Spółki w sprawach strategicznych i w planowaniu, w szczególności w zakresie:
- a. kierunków długoterminowego rozwoju Szpitala i Przychodni;
 - b. zmian struktury organizacyjnej Szpitala i Przychodni;
 - c. planu finansowego, w tym remontów i inwestycji oraz planów zakupu aparatury i sprzętu medycznego;
 - d. kadr medycznych.

§ 47

1. W sytuacji, gdy Dyrektorem Szpitala jest osoba będąca lekarzem medycyny, posiadająca aktualne prawo wykonywania zawodu i będąca specjalistą w dziedzinie medycyny, dopuszcza się możliwość nie powoływania Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. W przypadku gdy nie powołano Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, w sytuacji o której mowa w ust. 1, jego zadania wykonuje Dyrektor Szpitala.

§ 48

Pielęgniarka Naczelna

1. Pielęgniarka Naczelna podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy:
 - a. nadzór nad organizacją pracy personelu medycznego Szpitala, w szczególności: pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, salowych, dietetyków;
 - b. nadzór nad procesem adaptacji nowoprzyjętych osób z podległych grup personelu;

- c. nadzór nad poziomem merytorycznym oraz działania służące podnoszeniu kwalifikacji i kompetencji zawodowych personelu medycznego Szpitala i Przychodni;
 - d. tworzenie warunków i dbałość o przestrzeganie praw pacjenta w Szpitalu;
 - e. współpraca z lekarzami - kierownikami poszczególnych oddziałów wynikająca z pełnionych obowiązków;
 - f. promocja wiedzy z zakresu oświaty zdrowia;
 - g. wykonywanie innych poleceń wydanych przez Zarząd.
3. W zakresie czynności szczegółowych do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy nadzór nad poziomem pracy podległego personelu, a w szczególności:
- a. współpraca z Pełnomocnikiem ds. Jakości w tworzeniu i wdrażaniu procedur jakości;
 - b. szkolenie fachowe podległego personelu, udzielanie instruktażu wykonywanych czynności zawodowych;
 - c. kontrolowanie stanu sanitarnego pomieszczeń, sprzętu, wyposażenia Szpitala i Przychodni we współpracy z Pielęgniarką Epidemiologiczną;
 - d. kontrola pracy podległego personelu w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych;
 - e. kontrola dokumentacji pielęgniarskiej pod względem zgodności z przepisami prawa w tym zakresie;
 - f. współpraca z Działem Administracji Spółki w zakresie stanu porządkowego, technicznego pomieszczeń Szpitala i Przychodni;
 - g. nadzór nad żywieniem pacjentów we współpracy z Dietetykiem Szpitala.
4. Niezależnie od uprawnień wynikających z odrębnych przepisów Naczelna Pielęgniarka posiada uprawnienia do:
- a. wnioskowania do Dyrektora Szpitala o kształtowanie poziomu zatrudnienia podległego personelu w zależności od aktualnego zapotrzebowania wynikającego z liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - b. typowania podległego personelu na szkolenia zawodowe;
 - c. występowania do Dyrektora Szpitala w sprawie awansów, nagród, premii, kar regulaminowych podległego personelu;
 - d. reprezentowania Szpitala wobec korporacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa.
5. Poza godzinami ordynacji dziennej Szpitala oraz w dni wolne i w święta w sytuacjach kryzysowych Naczelną Pielęgniarkę zastępuje pielęgniarka dyżurna pełniąca dyżur w oddziale geriatrycznym.
6. Pielęgniarka Naczelna współpracuje z Zarządem Spółki w sprawach strategicznych i w planowaniu, w szczególności w zakresie:
- a. kierunków długoterminowego rozwoju Szpitala i Przychodni;
 - b. zmian struktury organizacyjnej Szpitala i Przychodni;
 - c. planu finansowego, w tym remontów i inwestycji oraz planów zakupu aparatury i sprzętu medycznego;
 - d. kadr medycznych.

§ 49

Koordynator Przychodni EMC Silesia

1. Pracę Przychodni koordynuje Koordynator rejestracji medycznej (zwany też Koordynatorem Przychodni), który podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Koordynator rejestracji medycznej odpowiada za prawidłową realizację zadań Przychodni określonych niniejszym Regulaminem.
3. W przypadku okresowej nieobecności Koordynatora rejestracji medycznej, jego obowiązki wykonuje wyznaczona przez niego osoba.
4. Do zadań i kompetencji Koordynatora rejestracji medycznej należy w szczególności:
 - a. zapewnienie ciągłości, sprawności i bezpieczeństwa funkcjonowania Przychodni;

- b. zapewnienie właściwej organizacji pracy personelu pielęgniarskiego, położnych w sposób zabezpieczający prawidłową realizację zadań wyznaczonych dla Przychodni oraz nadzór nad wykonaniem opieki nad pacjentami, przestrzeganie praw pacjenta i realizację zleceń lekarskich,
 - c. sprawowanie nadzoru nad zaopatrzeniem Przychodni w leki i materiały medyczne z Działu Farmacji Szpitalnej oraz prowadzenie apteczki Przychodni w porozumieniu z Pielęgniarką Naczelną – zadanie jest realizowane przy współdziałaniu z zespołem pielęgniarskim Przychodni,
 - d. nadzór nad czystością, przestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego w poradniach, pracowniach, gabinetach diagnostyczno-zabiegowych oraz nadzór nad odpowiednim postępowaniem w celu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w porozumieniu z Pielęgniarką Naczelną oraz Pielęgniarką Epidemiologiczną – zadanie jest realizowane przy współdziałaniu z zespołem pielęgniarskim Przychodni,
 - e. sprawowanie nadzoru nad majątkiem Spółki powierzonym jej pieczy, odpowiada za celowe i gospodarne jego wykorzystanie,
 - f. nadzór oraz organizacja kontroli właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej/ położnych oraz nadzór nad jej archiwizowaniem i udostępnianiem;
 - g. koordynowanie promocji zdrowia oraz zadań z zakresu oświaty zdrowotnej;
 - h. współdziałanie z innymi pracownikami Przychodni i Szpitala;
 - i. uczestnictwo w zespołach i komitetach;
 - j. nadzór nad funkcjonowaniem wszystkich komórek organizacyjnych;
 - k. organizowanie pracy i kierowanie bieżącymi sprawami Przychodni, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - l. dbanie o wysoki poziom świadczeń medycznych, we współpracy z Z-cą Dyrektora ds. Medycznych i Pełnomocnikiem ds. Jakości Spółki;
 - m. tworzenie warunków i dbałość o przestrzeganie praw pacjenta przez wszystkich pracowników i podwykonawców;
 - n. wykonywanie uprawnień przełożonego w stosunku do personelu Przychodni, w stosunku do pielęgniarek i położnych we współpracy z Pielęgniarką Naczelną, a w stosunku do lekarzy oraz specjalistów medycznych we współpracy z Dyrektorem ds. Medycznych;
 - o. zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy we współpracy z Pielęgniarką Epidemiologiczną;
 - p. zabezpieczenie przestrzegania przepisów dotyczących infrastruktury Przychodni, w szczególności przepisów przeciwpożarowych;
 - q. wykonywanie innych czynności wynikających z przepisów lub zleconych przez Zarząd Spółki.
5. Niezależnie od uprawnień wynikających z odrębnych przepisów Koordynator Przychodni posiada uprawnienia do:
- e. wnioskowania do Dyrektora Szpitala o kształtowanie poziomu zatrudnienia podległego personelu w zależności od aktualnego zapotrzebowania wynikającego z liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - f. typowania podległego personelu na szkolenia zawodowe;
 - g. występowania do Dyrektora Szpitala w sprawie awansów, nagród, premii, kar regulaminowych dla podległego personelu.
6. Koordynator Przychodni współpracuje z Zarządem Spółki w sprawach strategicznych i w planowaniu, w szczególności w zakresie:
- a. kierunków długoterminowego rozwoju Przychodni;
 - b. zmian struktury organizacyjnej Przychodni;
 - c. planu finansowego, w tym remontów i inwestycji oraz planów zakupu aparatury i sprzętu medycznego;
 - d. kadr medycznych.

§ 50

Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala

1. Oddziałami i Działami Szpitala kierują Kierownicy, którzy organizują i nadzorują pracę personelu powierzonych im komórek organizacyjnych, dbają o przestrzeganie praw pacjenta i poziom merytoryczny udzielanych świadczeń.
2. Ze względu na jednooddziałowy profil działalności Szpitala w zakresie leczenia stacjonarnego dopuszcza się możliwość łączenia funkcji Kierownika Oddziału z funkcją zastępcy Dyrektora ds. Medycznych oraz Pielęgniarki koordynującej oddziału z Pielęgniarką Naczelną.
3. Kierownicy, w ramach swych obowiązków, kompetencji i posiadanych środków, odpowiadają za merytoryczną i formalną prawidłowość, legalność, celowość, rzetelność i gospodarność w działaniu podległych im komórek.
4. Kierownicy uczestniczą w pracach zespołów i komitetów Szpitala, mających na celu monitorowanie i doskonalenie jakości świadczeń oraz poprawę bezpieczeństwa pacjentów.
5. Kierownicy na polecenie Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta sporządzają opinie, w szczególności w sprawach skarg i wniosków oraz roszczeń pacjentów.
6. Kierownicy komórek organizacyjnych współpracują z Dyrektorem w zakresie oceny podległych pracowników, kształtowania polityki kadrowej, oraz kierunków rozwoju działalności medycznej.
7. Poza godzinami ordynacji dziennej Szpitala oraz w dni wolne i w święta kierownika oddziału zastępuje wyznaczony przez niego lekarz dyżurny, który zobowiązany jest do zapewnienia prawidłowej organizacji pracy oddziału i sprawowania nadzoru organizacyjnego nad innymi osobami pełniącymi dyżur, w tym wyznaczania osób odpowiedzialnych za sprawowanie opieki nad konkretnymi pacjentami

§ 51

Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca Szpitala

1. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca podlega Naczelnej Pielęgniarce.
2. Ze względu na jednooddziałowy profil działalności Szpitala dopuszcza się możliwość nie powoływania pracownika na stanowisko pielęgniarki oddziałowej/koordynującej. W takiej sytuacji obowiązki Pielęgniarki oddziałowej/koordynującej realizuje Pielęgniarka Naczelna.
3. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca jest bezpośrednim przełożonym odpowiednio pielęgniarek/położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych i salowych pracujących w danych oddziale i nadzoruje ich ze strony merytorycznej oraz prawidłowego wykonywania czynności zawodowych
4. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca jest odpowiedzialna za właściwą organizację pracy podległego personelu w sposób zabezpieczający prawidłową realizację zadań wyznaczonych dla oddziału oraz ciągłość opieki nad chorymi.
5. Do obowiązków Pielęgniarki oddziałowej/koordynującej w zakresie opieki nad pacjentami należy w szczególności nadzór nad czynnościami pielęgniarskimi i realizacją zleceń lekarskich, czuwanie nad bezpieczeństwem chorych, przestrzeganiem praw pacjenta, a w razie zgonu pacjenta zawiadomienie lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego oraz nadzór nad właściwym postępowaniem ze zwłokami.
6. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca zapewnia zaopatrzenie oddziału w leki i wyroby medyczne z Działu Farmacji Szpitalnej oraz sprawuje nadzór nad prowadzeniem apteczki oddziałowej.
7. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca sprawuje nadzór nad majątkiem Spółki powierzonym jej pieczy, odpowiada za celowe i gospodarne jego wykorzystanie.
8. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca sprawuje nadzór w obrębie podległej sobie komórki organizacyjnej nad pracą salowych realizujących zadania w zakresie utrzymania czystości oraz transportu wewnętrznego.

9. Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca odpowiada za nadzór nad utrzymaniem w oddziale czystości i porządku, przestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego oraz odpowiednim postępowaniem w celu zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
10. Do obowiązków Pielęgniarki oddziałowej/koordynującej należy również:
 - a. nadzór i kontrola właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej pielęgniarskiej i ratowniczej,
 - b. nadzór nad wyrobami medycznymi;
 - c. stosowanie zasady racjonalnej oszczędności na oddziale;
 - d. prowadzenie promocji zdrowia oraz zadań z zakresu oświaty zdrowotnej;
 - e. współdziałanie z innymi pielęgniarkami oddziałowymi/koordynującymi;
 - f. uczestnictwo w szpitalnych zespołach i komitetach;
 - g. wykonywanie innych poleceń wydanych przez przełożonych.

Rozdział XVII

Obowiązki i uprawnienia pracowników Szpitala

§ 52

1. Do obowiązków pracowników należy w szczególności:
 - a. rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Szpitala,
 - b. znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy, zasad organizacji pracy w Szpitalu oraz zasad ustalonych w ramach Polityki Jakości,
 - c. informowanie przełożonych o niedających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,
 - d. utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i p.poż.,
 - e. zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, oraz jego zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
 - f. przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:
 - a. otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
 - b. dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań;
 - c. właściwe i bezpieczne dla danego stanowiska warunki pracy;
 - d. wybór sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań, o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami prawa;
 - e. zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z zadań;
 - f. zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność, za:
 - a. jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji;
 - b. stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji mienia i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych;
 - c. przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

Rozdział XVIII

Postanowienia końcowe

§ 53

1. Niniejszy Regulamin uchwała Zarząd EMC Silesia sp. z o.o. Regulamin obowiązuje po uchwaleniu przez Zarząd EMC Silesia sp. z o.o..
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają odrębne przepisy.
3. Treść Regulaminu przekazana zostaje do wiadomości pacjentów poprzez udostępnienie przez pracownika Rejestracji Medycznej i/lub Izby Przyjęć.
4. Postanowienia Regulaminu zostaną podane do wiadomości całemu personelowi Spółki poprzez udostępnienie go na repozytorium (intranet) Spółki i do wglądu w Dziale Administracji. Dodatkowo przy rozpoczęciu współpracy pracownicy i osoby wykonujące świadczenia na rzecz pacjentów Spółki składają pisemne oświadczenie o zapoznaniu się i konieczności przestrzegania Regulaminu.