

Załącznik
do uchwały Nr 1378/2015
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 19 listopada 2015 r.

**AKT PRZEKSZTAŁCENIA
SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W OPOLU - SPZOZ
W SPÓŁKĘ Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

Art. 1.

Zarząd Województwa Opolskiego działający w imieniu i na rzecz Województwa Opolskiego, na podstawie art. 69 w związku z art. 75 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) oświadcza, że przekształca samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej działający pod firmą: Szpital Wojewódzki w Opolu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nr KRS 0000008516, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, zwaną dalej „Spółką”, której jedynym wspólnikiem jest Województwo Opolskie, z dniem przekształcenia.

Art. 2.

1. Bilans zamknięcia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się bilansem otwarcia Spółki, przy czym kapitał własny jest równy sumie funduszu założycielskiego, funduszu zakładu, funduszu z aktualizacji wyceny i niepodzielonego wyniku finansowego za okres działalności zakładu przed przekształceniem, z uwzględnieniem korekty wartości wynikającej z przeszacowania do wartości rynkowej nieruchomości.
2. W kapitale własnym Spółki ustalony kapitał zakładowy stanowi **73.000.000,00 zł** (słownie: siedemdziesiąt trzy miliony złotych 00/100), zaś pozostała część kapitału własnego stanowi kapitał zapasowy spółki.
3. Zgromadzenie Wspólników Spółki zatwierdzi sprawozdanie finansowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz podejmie decyzję w sprawie podziału zysku netto albo określenia sposobu pokrycia straty netto, za okres poprzedzający przekształcenie w Spółkę oraz za ostatni rok obrotowy, dla którego sprawozdanie finansowe nie zostało zatwierdzone.
4. Istniejące w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 1, fundusze specjalne według bilansu zamknięcia zakładu zachowują dotychczasowe przeznaczenie.

Art. 3.

1. Skład pierwszego Zarządu ustala się następująco:
Renata Ruman-Dzido – Prezes Zarządu, PESEL: XXXXXXXXXXXX .
2. Kadencja pierwszego Zarządu trwa 4 lata, przy czym za pierwszy rok uznaje się rok obrotowy, o którym mowa w § 40 ust. 2 Aktu Założycielskiego.

3. Mandaty członków Zarządu wygasają najpóźniej z dniem odbycia Zgromadzenia Wspólników, zatwierdzającego sprawozdanie finansowe za ostatni pełny rok obrotowy pełnienia funkcji członków Zarządu.

Art. 4.

1. Skład pierwszej Rady Nadzorczej ustala się następująco:

- | | | |
|----|-------------------|---------------------|
| 1) | Janusz Hrynyszyn, | PESEL: XXXXXXXXXXXX |
| 2) | Andrzej Kasiura, | PESEL: XXXXXXXXXXXX |
| 3) | Jan Krzesiński, | PESEL: XXXXXXXXXXXX |

2. Kadencja pierwszej Rady Nadzorczej jest kadencją wspólną i trwa 4 lata, przy czym za pierwszy rok uznaje się rok obrotowy, o którym mowa w § 40 ust. 2 Aktu Założycielskiego.
3. Mandaty członków Rady Nadzorczej wygasają najpóźniej z dniem odbycia Zgromadzenia Wspólników zatwierdzającego sprawozdanie finansowe za ostatni pełny rok obrotowy pełnienia funkcji członków Rady Nadzorczej.

Art. 5.

Zarząd Województwa Opolskiego, w imieniu Województwa Opolskiego, ustala Akt Założycielski Spółki w następującym brzmieniu:

„AKT ZAŁOŻYCIELSKI SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

I. Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Spółka działa pod firmą: Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Spółka może używać skrótu firmy: Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.

§ 2.

1. Siedzibą Spółki jest Opole.
2. Spółka prowadzi działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i poza jej granicami.
3. Spółka może otwierać i prowadzić oddziały, zakłady, biura, przedstawicielstwa oraz inne jednostki, a także może uczestniczyć w innych spółkach i przedsiębiorstwach na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem przepisów powszechnie obowiązujących.

§ 3.

Spółka powstała w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej działającego pod firmą: Szpital Wojewódzki w Opolu - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

§ 4.

Spółka została utworzona na czas nieoznaczony.

§ 5.

Do Spółki stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2013r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 września 2000r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2013r. poz. 1030 z późn. zm.), inne przepisy powszechnie obowiązujące oraz postanowienia niniejszego Aktu Założycielskiego.

II. Przedmiot działalności Spółki

§ 6.

1. Przedmiotem działalności Spółki jest:

- 1) sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach (47.73.Z),
- 2) sprzedaż detaliczna wyrobów medycznych, włączając ortopedyczne, prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach (47.74.Z),
- 3) hotele i podobne obiekty zakwaterowania (55.10.Z),
- 4) przygotowywanie i dostarczanie żywności dla odbiorców zewnętrznych (katering) (56.21.Z),
- 5) kupno i sprzedaż nieruchomości na własny rachunek (68.10.Z),
- 6) wynajem i zarządzanie nieruchomościami własnymi lub dzierżawionymi (68.20.Z),
- 7) badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie pozostałych nauk przyrodniczych i technicznych (72.19.Z),
- 8) działalność pomocnicza związana z utrzymaniem porządku w budynkach (81.10.Z),
- 9) wykonywanie fotokopii, przygotowywanie dokumentów i pozostała specjalistyczna działalność wspomagająca prowadzenie biura (82.19.Z),
- 10) działalność związana z organizacją targów, wystaw i kongresów (82.30.Z),
- 11) pozostałe pozaszkolne formy edukacji, gdzie indziej niesklasyfikowane (85.59.B),
- 12) działalność szpitali (86.10.Z),
- 13) praktyka lekarska ogólna (86.21.Z),
- 14) praktyka lekarska specjalistyczna (86.22.Z),
- 15) działalność fizjoterapeutyczna (86.90.A),
- 16) działalność paramedyczna (86.90.D),
- 17) pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana (86.90.E).

2. Przeważającym przedmiotem działalności Spółki jest działalność szpitali (86.10.Z).

III. KAPITAŁY

§ 7.

1. Kapitał zakładowy Spółki wynosi 73.000.000,00 zł (słownie: siedemdziesiąt trzy miliony złotych 00/100) i dzieli się na 73.000 (słownie: siedemdziesiąt trzy tysiące) udziałów po 1.000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych 00/100) każdy.

2. Wszystkie udziały, wymienione w ust. 1, obejmuje Województwo Opolskie i zobowiązuje się pokryć je wkładem niepieniężnym w postaci prawa własności nieruchomości zabudowanych, oznaczonych w operacie ewidencji gruntów i budynków jako działki:

1) nr 24/1 o pow. 0,1304 ha o wartości 221.800,00 zł, nr 28/13 o pow. 1,7423 ha w udziale 9921/10000 o wartości 33.809.000,00 zł, nr 28/14 o pow. 0,2119 ha o wartości 2.003.200,00 zł, z k.m. 46, obręb Opole, opisanej w KW OP1O/00031075/7;

2) nr 27/7 o pow. 1,0242 ha o wartości 43.557.700,00 zł, z k.m. 46, obręb Opole, opisanej w KW OP1O/00015491/1;

- o łącznej powierzchni 3,1088 ha, których łączna wartość wynosi 79.591.700,00 zł (słownie: siedemdziesiąt dziewięć milionów pięćset dziewięćdziesiąt jeden tysięcy siedemset złotych 00/100).

3. Kapitał zakładowy może być podwyższony lub obniżony na mocy uchwały Zgromadzenia Wspólników. Podwyższenie kapitału zakładowego do maksymalnej kwoty 200.000.000 zł (słownie: dwieście milionów złotych 00/100) przez ustanowienie nowych udziałów lub podwyższenie wartości nominalnej udziałów istniejących, dokonane w terminie do dnia 1 (pierwszego) stycznia 2030 (dwa tysiące trzydziestego) roku nie stanowi zmiany Aktu Założycielskiego.

4. Uchwała o podwyższeniu i obniżeniu kapitału zakładowego Spółki w trybie określonym w ust. 3 wymaga bezwzględnej większości głosów.

5. Zarząd prowadzi księgę udziałów.

6. Udziały mogą być umarzone na podstawie uchwały Zgromadzenia Wspólników poprzez obniżenie kapitału zakładowego Spółki lub z czystego zysku Spółki. Umorzenie udziałów poprzez obniżenie kapitału zakładowego Spółki może nastąpić w szczególności w celu pokrycia strat Spółki.

7. Udziały mogą być umorzone za zgodą Wspólnika w drodze nabycia udziałów przez Spółkę (umorzenie dobrowolne), bądź bez zgody Wspólnika (umorzenie przymusowe).

8. Umorzenie przymusowe następuje w przypadku:

- 1) popełnienia przez Wspólnika przestępstwa na szkodę Spółki, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądowym,
- 2) konieczności pokrycia strat Spółki, w tym przypadku umorzenie powinno nastąpić proporcjonalnie do posiadanych udziałów.
- 3) wnoszenia przez Wspólnika do sądu bezpodstawnych zaskarżeń uchwał Zgromadzenia Wspólników lub decyzji innych organów Spółki.

9. Umorzenie przymusowe następuje na podstawie uchwały Zgromadzenia Wspólników, podjętej większością 2/3 ważnie oddanych głosów. Uchwała powinna określać w szczególności podstawę prawną umorzenia i wysokość wynagrodzenia przysługującego Wspólnikowi oraz powinna zawierać uzasadnienie.

10. Z tytułu umorzonych udziałów Wspólnikowi przysługuje wynagrodzenie, które w przypadku umorzenia przymusowego nie może być niższe od wartości przypadających na jego udziały aktywów netto wykazanych w sprawozdaniu finansowym za ostatni rok obrotowy pomniejszonych o kwotę przeznaczoną do podziału między wspólników.

11. Za zgodą Wspólnika umorzenie może nastąpić bez wynagrodzenia.

IV. PRAWA I OBOWIĄZKI WSPÓLNIKA

§ 8.

1. Udziały są równe i niepodzielne. Wspólnik może mieć więcej niż jeden udział.
2. Wspólnik może być zobowiązany, w miarę potrzeby, do wniesienia dopłat w maksymalnej wysokości jednokrotności wartości nominalnej posiadanych przez niego udziałów, zgodnie z ich procentowym udziałem w kapitale zakładowym Spółki, na mocy uchwały Zgromadzenia Wspólników, w której zostaną określone wysokość oraz terminy wniesienia dopłat.
3. Dopłaty do kapitałów mogą być zwrotne i bezzwrotne.
4. Wspólnik, który nie uiszcza dopłaty w przewidzianym terminie jest zobowiązany do zapłaty ustawowych odsetek. Spółka jest również uprawniona żądać od Wspólnika naprawienia szkody spowodowanej zwłoką.
5. Dopłaty mogą być zwracane równocześnie wszystkim Wspólnikom, jeżeli nie są potrzebne na pokrycie strat bilansowych w kapitale zakładowym, w terminie dwóch miesięcy od podjęcia uchwały o ich zwrocie.

§ 9.

1. Wspólnikowi - Województwu Opolskiemu - przysługują uprawnienia, wynikające z niniejszego Aktu Założycielskiego Spółki oraz odrębnych przepisów.
2. W okresie, gdy Województwo Opolskie jest Wspólnikiem Spółki, przysługuje mu prawo do:
 - 1) otrzymywania informacji o wszelkich istotnych zmianach w finansowej i prawnej sytuacji Spółki;
 - 2) otrzymywania zawiadomienia o zwołaniu Zgromadzenia Wspólników listem poleconym lub za pisemnym potwierdzeniem odbioru;
 - 3) otrzymywania kopii wszystkich uchwał Rady Nadzorczej oraz protokołów z tych posiedzeń Rady Nadzorczej, na których dokonywana jest roczna ocena działalności Spółki, podejmowane są uchwały w sprawie zawieszenia w czynnościach członków Zarządu, zgłaszane są wnioski odnośnie ich powołania lub odwołania oraz z tych posiedzeń, na których złożono zdania odrębne do podjętych uchwał.

V. ORGANY SPÓŁKI

§ 10.

Organami Spółki są:

- 1) Zarząd;
- 2) Rada Nadzorcza;
- 3) Zgromadzenie Wspólników.

§ 11.

1. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów ustawy - Kodeks spółek handlowych oraz postanowień niniejszego Aktu Założycielskiego, uchwały organów Spółki zapadają bezwzględną większością głosów, przy czym przez bezwzględną większość głosów rozumie się więcej głosów oddanych „za”, niż „przeciw” i „wstrzymujących się”.

2. W przypadku równej liczby głosów przy podejmowaniu uchwał przez Zarząd lub Radę Nadzorczą, rozstrzyga odpowiednio głos Prezesa Zarządu lub Przewodniczącego Rady Nadzorczej.

A. ZARZĄD

§ 12.

1. Zarząd prowadzi sprawy Spółki i reprezentuje Spółkę we wszystkich czynnościach sądowych i pozasądowych.

2. Wszelkie sprawy związane z prowadzeniem spraw Spółki, niezastrzeżone przepisami prawa lub postanowieniami niniejszego Aktu Założycielskiego dla Zgromadzenia Wspólników lub Rady Nadzorczej, należą do zadań Zarządu.

§ 13.

1. Do składania oświadczeń w imieniu Spółki wymagane jest współdziałanie Prezesa Zarządu i Członka Zarządu.

2. Jeżeli Zarząd jest jednoosobowy, do składania oświadczeń w imieniu Spółki uprawniony jest Prezes Zarządu.

3. Powołanie prokurenta wymaga jednomyślnej uchwały wszystkich członków Zarządu. Odwołać prokurę może każdy Członek Zarządu.

4. Tryb działania Zarządu określa szczegółowo regulamin uchwalony przez Zarząd i zatwierdzony przez Radę Nadzorczą.

5. Do składania oświadczeń oraz podpisywania umów i zaciągania zobowiązań w imieniu Spółki uprawnione są ponadto osoby działające na podstawie pełnomocnictw udzielonych przez Zarząd na podstawie przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.).

§ 14.

1. W zależności od ilości członków Zarządu, zarządzenia Prezesa Zarządu albo uchwały Zarządu, wymagają wszystkie sprawy przekraczające zakres zwykłych czynności Spółki.

2. W zależności od ilości członków Zarządu, zarządzenia Prezesa Zarządu albo uchwały Zarządu wymagają w szczególności:

- 1) ustalenie regulaminu Zarządu;
- 2) ustalenie oraz dokonywanie zmian regulaminu organizacyjnego Spółki, spełniającego wymagania określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej;
- 3) tworzenie i likwidacja oddziałów Spółki;
- 4) powołanie prokurenta;
- 5) zaciąganie kredytów i pożyczek;
- 6) przyjęcie rocznych planów rzeczowo - finansowych oraz strategicznych planów wieloletnich;
- 7) zaciąganie zobowiązań warunkowych, w tym udzielanie przez Spółkę gwarancji, poręczeń oraz wystawianie weksli, z zastrzeżeniem postanowień § 21 ust. 2 pkt 3 i 4;
- 8) zbywanie i nabywanie składników aktywów trwałych oraz ich obciążanie o wartości równej lub przekraczającej równowartość w złotych kwoty 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100);
- 9) sprawy, o których rozpatrzenie Zarząd zwraca się do Rady Nadzorczej lub do Zgromadzenia Wspólników;

10) zawarcie, zmiana i rozwiązanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)

§ 15.

Opracowywanie planów, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt 6 i przedkładanie ich Radzie Nadzorczej do zaopiniowania jest obowiązkiem Zarządu.

§ 16.

1. Zarząd składa się od 1 do 3 osób. Liczbę członków Zarządu określa Zgromadzenie Wspólników.

2. Prezesa Zarządu i Członków Zarządu powołuje się na okres wspólnej kadencji, która trwa 4 lata. Pierwsza kadencja członków Zarządu trwa 4 lata, przy czym za pierwszy rok uznaje się rok obrotowy, o którym mowa w § 40 ust. 2.

3. Powołanie członka Zarządu, w tym Prezesa, może być poprzedzone przeprowadzeniem konkursu na to stanowisko. Konkurs ogłasza i przeprowadza Rada Nadzorcza, według zasad ustalonych w przyjętym przez Radę Nadzorczą Regulaminie konkursu.

4. O przeprowadzeniu konkursu, o którym mowa w ust. 3, decyduje Zgromadzenie Wspólników.

§ 17.

1. Członków Zarządu lub cały Zarząd powołuje Rada Nadzorcza po wcześniejszym zatwierdzeniu kandydatury przez Zgromadzenie Wspólników.

2. Mandat członka Zarządu wygasa najpóźniej z dniem odbycia Zgromadzenia Wspólników zatwierdzającego sprawozdanie finansowe za ostatni pełny rok obrotowy pełnienia funkcji. Mandat wygasa również wskutek śmierci, rezygnacji albo odwołania go ze składu Zarządu.

3. Prezes Zarządu i Członek Zarządu mogą być odwołani lub zawieszani w czynnościach przez Radę Nadzorczą lub Zgromadzenie Wspólników.

4. Członek Zarządu składa rezygnację Radzie Nadzorczej na piśmie oraz do wiadomości Zarządu Województwa Opolskiego, do czasu, gdy Województwo Opolskie jest wspólnikiem Spółki.

§ 18.

Zasady wynagradzania Prezesa i Członków Zarządu ustala Rada Nadzorcza. Wysokość wynagrodzenia Prezesa i Członków Zarządu ustala Zgromadzenie Wspólników na wniosek Rady Nadzorczej, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2013 r. poz. 254 z późn. zm).

§ 19.

1. Pracodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) jest Spółka.

2. Czynności z zakresu prawa pracy dokonuje Prezes Zarządu lub osoby przez niego upoważnione, z zastrzeżeniem § 27.

B. RADA NADZORCZA

§ 20.

Rada Nadzorcza sprawuje stały nadzór nad działalnością Spółki we wszystkich dziedzinach jej działalności.

§ 21.

1. Do zadań Rady Nadzorczej należy:

- 1) ocena sprawozdania Zarządu z działalności Spółki oraz sprawozdania finansowego za ubiegły rok obrotowy, w zakresie ich zgodności z księgami, dokumentami, jak i ze stanem faktycznym;
- 2) ocena wniosków Zarządu co do podziału zysku lub pokrycia straty;
- 3) składanie Zgromadzeniu Wspólników pisemnego sprawozdania z wyników czynności, o których mowa w pkt 1 i 2;
- 4) wybór biegłego rewidenta do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego;
- 5) określanie zakresu i terminów przedkładania przez Zarząd rocznych planów rzeczowo - finansowych oraz strategicznych planów wieloletnich;
- 6) opiniowanie strategicznych planów wieloletnich Spółki;
- 7) opiniowanie rocznych planów rzeczowo - finansowych;
- 8) uchwalanie regulaminu Rady Nadzorczej;
- 9) przyjmowanie jednolitego tekstu Aktu Założycielskiego, przygotowanego przez Zarząd, zgodnie z postanowieniami § 45 ust. 2;
- 10) zatwierdzanie regulaminu Zarządu;
- 11) powoływanie i odwoływanie członków Zarządu, co nie narusza postanowień § 37 ust. 2 pkt 2;
- 12) zawieszanie w czynnościach członków Zarządu, z ważnych powodów, co nie narusza postanowień § 37 ust. 2 pkt 2;
- 13) wnioskowanie w sprawie wysokości wynagrodzenia dla członków Zarządu;
- 14) delegowanie członków Rady Nadzorczej do czasowego wykonywania czynności członków Zarządu, którzy zostali odwołani, złożyli rezygnację albo z innych przyczyn nie mogą sprawować swoich czynności, oraz ustalanie wysokości ich wynagrodzenia, na zasadach określonych w § 23;
- 15) udzielanie zgody na tworzenie oddziałów Spółki;
- 16) udzielanie zgody członkom Zarządu na zajmowanie stanowisk w organach innych spółek oraz pobieranie z tego tytułu wynagrodzenia;
- 17) ustalanie zasad wynagradzania członków Zarządu.

2. Do zadań Rady Nadzorczej należy udzielanie Zarządowi zgody na:

- 1) nabycie i zbycie nieruchomości lub prawa użytkowania wieczystego albo udziału w nieruchomości lub w prawie użytkowania wieczystego, ich obciążenie, leasing oraz oddanie do odpłatnego lub nieodpłatnego korzystania o wartości przekraczającej kwotę 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100) i nie większej niż 5.000.000 zł (słownie: pięć milionów złotych 00/100),
- 2) nabycie, zbycie, obciążenie, leasing oraz oddanie do odpłatnego lub nieodpłatnego korzystania, innych niż wymienione w pkt 1, składników aktywów trwałych o wartości przekraczającej 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100) i nie większej niż 5.000.000 zł (słownie: pięć milionów złotych 00/100);
- 3) zaciąganie zobowiązań warunkowych, w tym udzielanie przez Spółkę gwarancji i poręczeń majątkowych o wartości przekraczającej wartość 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100);
- 4) wystawianie weksli o wartości przekraczającej wartość 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100);
- 5) zawarcie przez Spółkę umowy o wartości przekraczającej 50.000 zł (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100), której zamiarem jest dokonanie darowizny lub zwolnienie z długu

przez Spółkę, oraz innej umowy niezwiązanej z przedmiotem działalności gospodarczej Spółki określonym w Akcie Założycielskim;

6) wypłata zaliczki, o której mowa w § 44 ust. 6.

3. Odmowa udzielenia zgody przez Radę Nadzorczą w sprawach wymienionych w ust. 2 oraz ust. 1 pkt 16) wymaga uzasadnienia.

§ 22.

1. Rada Nadzorcza może z ważnych powodów delegować poszczególnych członków Rady do samodzielnego pełnienia określonych czynności nadzorczych na czas oznaczony.

2. Członek Rady Nadzorczej delegowany do samodzielnego pełnienia czynności nadzorczych obowiązany jest do niezwłocznego złożenia Radzie Nadzorczej pisemnego sprawozdania z dokonanych czynności.

§ 23.

1. Delegowanie członków Rady Nadzorczej, do czasowego wykonywania czynności Członków Zarządu, którzy zostali odwołani, złożyli rezygnację albo z innych przyczyn nie mogą sprawować swoich czynności, może nastąpić na okres nie dłuższy niż trzy miesiące.

2. Wynagrodzenie członków Rady Nadzorczej delegowanych do czasowego wykonywania czynności członka Zarządu ustala uchwałą Rada Nadzorcza, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi, w wysokości nieprzekraczającej wynagrodzenia członka Zarządu, zgodnie z uchwalonymi przez Zgromadzenie Wspólników zasadami wynagradzania członków Zarządu, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W czasie, gdy członek Rady Nadzorczej delegowany do czasowego wykonywania czynności członka Zarządu otrzymuje wynagrodzenie, o którym mowa w § 28 ust. 3, suma tego wynagrodzenia oraz wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2, nie może przekroczyć wysokości wynagrodzenia członka Zarządu, zgodnie z uchwalonymi przez Radę Nadzorczą zasadami wynagradzania członków Zarządu, o których mowa w § 18.

§ 24.

1. Rada Nadzorcza składa się z 3 do 5 członków, powoływanych i odwoływanych przez Zgromadzenie Wspólników.

2. Członków Rady Nadzorczej powołuje się na okres wspólnej kadencji, która trwa 4 lata. Pierwsza kadencja członków Rady Nadzorczej trwa 4 lata, przy czym za pierwszy rok uznaje się rok obrotowy, o którym mowa w § 40 ust. 2.

3. Członek Rady Nadzorczej może być odwołany przez Zgromadzenie Wspólników w każdym czasie.

4. Członkowie Rady Nadzorczej powinni spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 7 września 2004 r. w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem (Dz. U. Nr 198, poz. 2038, z późn. zm.), z uwzględnieniem art. 210 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

5. Członek Rady Nadzorczej rezygnację składa Zgromadzeniu Wspólników na piśmie oraz do wiadomości Zarządu Województwa Opolskiego do czasu, gdy Województwo Opolskie jest Wspólnikiem Spółki.

6. Mandaty członków Rady Nadzorczej wygasają z dniem odbycia Zgromadzenia Wspólników zatwierdzającego sprawozdanie finansowe za ostatni pełny rok obrotowy pełnienia przez nich tej funkcji.

7. Członek Zarządu, prokurent, likwidator, kierownik oddziału lub zakładu oraz zatrudniony w Spółce główny księgowy, radca prawny lub adwokat nie może być jednocześnie członkiem Rady Nadzorczej.

8. W przypadku zmniejszenia się składu Rady Nadzorczej, Zgromadzenie Wspólników w terminie dwóch miesięcy uzupełni skład Rady Nadzorczej w obowiązującym trybie.

9. Do czasu uzupełnienia liczby członków Rady Nadzorczej, uchwały Rady Nadzorczej podjęte przy zmniejszonym składzie Rady Nadzorczej, liczącym nie mniej niż połowę są ważne.

10. Kadencja członka Rady Nadzorczej powołanego zgodnie z ust. 8 upływa wraz z upływem kadencji pozostałych członków Rady Nadzorczej.

§ 25.

1. Zgromadzenie Wspólników powołując Radę Nadzorczą wskazuje jej Przewodniczącego, Wiceprzewodniczącego i Sekretarza.

2. Posiedzenia Rady Nadzorczej prowadzi jej Przewodniczący, a w przypadku jego nieobecności, Wiceprzewodniczący lub inny członek Rady Nadzorczej wyznaczony przez Przewodniczącego Rady.

3. Oświadczenia kierowane do Rady Nadzorczej pomiędzy posiedzeniami składane są Przewodniczącemu Rady, a gdy nie jest to możliwe Wiceprzewodniczącemu Rady lub jej Sekretarzowi.

§ 26.

1. Rada Nadzorcza odbywa posiedzenia w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż raz na dwa miesiące.

2. Z zastrzeżeniem ust. 7 pierwsze posiedzenie Rady Nadzorczej nowej kadencji zwołuje Przewodniczący Rady Nadzorczej poprzedniej kadencji w terminie jednego miesiąca od ustalenia składu osobowego Rady Nadzorczej nowej kadencji, o ile uchwała Zgromadzenia Wspólników nie stanowi inaczej. W przypadku niezwołania posiedzenia w tym trybie, posiedzenie Rady Nadzorczej zwołuje Zarząd, w ciągu dwóch tygodni od bezskutecznego upływu terminu na zwołanie posiedzenia Rady Nadzorczej przez Przewodniczącego Rady Nadzorczej poprzedniej kadencji.

3. Posiedzenia Rady Nadzorczej zwołuje Przewodniczący albo w jego zastępstwie Wiceprzewodniczący Rady, przedstawiając szczegółowy porządek obrad.

4. Posiedzenie Rady Nadzorczej powinno być zwołane na żądanie co najmniej jednego członka Rady lub na wniosek Zarządu.

5. Jeżeli posiedzenie nie zostanie zwołane zgodnie z ust. 4, wnioskodawca może je zwołać samodzielnie, podając datę, miejsce i proponowany porządek obrad.

6. Posiedzenia Rady Nadzorczej są protokołowane.

7. Pierwsze posiedzenie Rady Nadzorczej pierwszej kadencji zwołuje Prezes Zarządu Spółki.

§ 27.

Rada Nadzorcza zawiera umowy stanowiące podstawę zatrudnienia z Prezesem Zarządu i Członkami Zarządu oraz dokonuje innych czynności prawnych pomiędzy Spółką, a tymi osobami.

§ 28.

1. Członkowie Rady Nadzorczej wykonują swoje prawa i obowiązki osobiście.
2. Udział w posiedzeniu Rady Nadzorczej jest obowiązkiem członka Rady.
3. Członkom Rady Nadzorczej przysługuje wynagrodzenie miesięczne w wysokości określonej przez Zgromadzenie Wspólników, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi.

C. ZGROMADZENIE WSPÓLNIKÓW

§ 29.

1. Zgromadzenie Wspólników obraduje jako zwyczajne lub nadzwyczajne.
2. Zwyczajne Zgromadzenie Wspólników zwołuje Zarząd. Jeżeli Zarząd nie zwoła Zwyczajnego Zgromadzenia Wspólników w terminie określonym w § 36, prawo do jego zwołania uzyskuje Rada Nadzorcza.
3. Nadzwyczajne Zgromadzenie Wspólników zwołuje Zarząd:
 - 1) z własnej inicjatywy;
 - 2) na pisemne żądanie Rady Nadzorczej;
 - 3) na pisemne żądanie Wspólników reprezentujących co najmniej jedną dziesiątą kapitału zakładowego, złożone co najmniej na miesiąc przed proponowanym terminem Zgromadzenia Wspólników;
 - 4) na pisemne żądanie Wspólnika - Województwa Opolskiego, niezależnie od udziału w kapitale zakładowym, złożone co najmniej na jeden miesiąc przed proponowanym terminem zwołania Zgromadzenia Wspólników.
4. Zwołanie Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników na żądanie Wspólników lub Rady Nadzorczej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty złożenia takiego żądania.
5. W przypadku gdy Nadzwyczajne Zgromadzenie Wspólników nie zostanie zwołane w powyższym terminie, to:
 - 1) jeżeli z żądaniem zwołania wystąpiła Rada Nadzorcza - uzyskuje ona prawo do zwołania żadanego Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników;
 - 2) jeżeli z żądaniem zwołania wystąpili Wspólnicy - sąd rejestrowy może, po wezwaniu Zarządu do złożenia oświadczenia, upoważnić do zwołania Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników występujących z żądaniem Wspólników.

§ 30.

Zgromadzenia Wspólników odbywają się w siedzibie Spółki. Zgromadzenie Wspólników może się odbyć również w innym miejscu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli wszyscy wspólnicy wyrażą na to zgodę na piśmie.

§ 31.

1. Zgromadzenie Wspólników może podejmować uchwały jedynie w sprawach objętych porządkiem obrad, z zastrzeżeniem art. 239 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych.

2. Porządek obrad proponuje Zarząd albo podmiot zwołujący Zgromadzenie Wspólników.

3. Wspólnik lub Wspólnicy reprezentujący co najmniej jedną dziesiątą kapitału zakładowego mogą żądać umieszczenia poszczególnych spraw w porządku obrad najbliższego Zgromadzenia Wspólników. Uprawnienie to przysługuje również Wspólnikowi - Województwu Opolskiemu, niezależnie od udziału w kapitale zakładowym.

4. Jeżeli żądanie, o którym mowa w ust. 3, zostanie złożone po zwołaniu Zgromadzenia Wspólników, wówczas zostanie potraktowane jako wniosek o zwołanie Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników.

§ 32.

1. Zgromadzenie Wspólników otwiera Prezes Zarządu albo osoba wyznaczona przez Zarząd. Następnie spośród osób uprawnionych do uczestnictwa w Zgromadzeniu Wspólników wybiera się Przewodniczącego Zgromadzenia.

2. W przypadku określonym w art. 237 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych, Zgromadzenie Wspólników otwiera i prowadzi przewodniczący wyznaczony przez sąd rejestrowy. Postanowienia ust. 1 nie stosuje się.

§ 33.

1. Zgromadzenie Wspólników podejmuje uchwały bez względu na liczbę reprezentowanych na nim udziałów, o ile przepisy ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych oraz niniejszego Aktu Założycielskiego nie stanowią inaczej.

2. Na każdy udział przypada jeden głos na Zgromadzeniu Wspólników.

§ 34.

Zgromadzenie Wspólników może zarządzić przerwę w obradach większością dwóch trzecich głosów. Łącznie przerwy nie mogą trwać dłużej niż trzydzieści dni.

§ 35.

1. Głosowanie na Zgromadzeniu Wspólników jest jawne.

2. Tajne głosowanie zarządza się przy wyborach członków organów Spółki albo likwidatora Spółki oraz przy wnioskach o odwołanie członków organów Spółki lub likwidatorów, o pociągnięcie ich do odpowiedzialności, jak również w sprawach osobowych. Poza tym tajne głosowanie zarządza się na żądanie choćby jednego ze Wspólników obecnych lub reprezentowanych na Zgromadzeniu Wspólników.

3. Do czasu, gdy Województwo Opolskie jest jedynym Wspólnikiem Spółki, ust. 2 nie stosuje się.

§ 36.

Zwyczajne Zgromadzenie Wspólników zwołuje corocznie Zarząd. Powinno ono odbyć się w terminie sześciu miesięcy po zakończeniu roku obrotowego.

§ 37.

1. Przedmiotem obrad Zwyczajnego Zgromadzenia Wspólników jest, w szczególności:

- 1) rozpatrzenie i zatwierdzenie sprawozdania Zarządu z działalności Spółki oraz sprawozdania finansowego za ubiegły rok obrotowy;
- 2) udzielenie członkom organów Spółki absolutorium z wykonania przez nich obowiązków; podział zysku lub pokrycie straty;
- 3) określenie dnia dywidendy.

2. Uchwały Zgromadzenia Wspólników wymagają:

- 1) powołanie i odwołanie członków Rady Nadzorczej;
- 2) zawieszanie członków Zarządu w czynnościach oraz ich odwoływanie, co nie narusza postanowień § 21 ust. 1 pkt 11 i 12;
- 3) ustalenie wysokości wynagrodzenia dla członków Zarządu z zastrzeżeniem § 18.

3. Uchwały Zgromadzenia Wspólników wymagają następujące sprawy dotyczące majątku Spółki:

- 1) zbycie i wydzierżawienie przedsiębiorstwa Spółki lub jego zorganizowanej części oraz ustanowienie na nich ograniczonego prawa rzeczowego;
- 2) nabycie i zbycie nieruchomości lub prawa użytkowania wieczystego albo udziału w nieruchomości lub w prawie użytkowania wieczystego, ich obciążenie, leasing oraz oddanie do odpłatnego lub nieodpłatnego korzystania o wartości przekraczającej wartość 5.000.000 zł (słownie: pięć milionów złotych 00/100);
- 3) nabycie, zbycie, obciążenie, leasing oraz oddanie do odpłatnego lub nieodpłatnego korzystania, innych niż wymienione w pkt 2, składników aktywów trwałych o wartości przekraczającej wartość 5.000.000,00 zł (słownie: pięć milionów złotych 00/100);
- 4) zawarcie przez Spółkę umowy kredytu, pożyczki, poręczenia lub innej podobnej umowy z członkiem Zarządu, Rady Nadzorczej, prokurentem, likwidatorem albo na rzecz którejkolwiek z tych osób;
- 5) zawarcie przez spółkę zależną od Spółki umowy wymienionej w pkt 4 z Członkiem Zarządu, prokurentem lub likwidatorem Spółki;
- 6) rozporządzenie prawem lub zaciągnięcie zobowiązania do świadczenia o wartości dwukrotnie przewyższającej wysokość kapitału zakładowego;
- 7) podwyższenie lub obniżenie kapitału zakładowego;
- 8) umorzenie udziałów;
- 9) emisja obligacji każdego rodzaju;
- 10) nabycie udziałów własnych w przypadku określonym w art. 200 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych;
- 11) postanowienia dotyczące roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej przy zawiązywaniu Spółki lub sprawowaniu zarządu albo nadzoru;
- 12) użycie kapitału zapasowego;
- 13) tworzenie i likwidacja kapitałów rezerwowych;
- 14) wniesienie składników aktywów trwałych jako wkładu do spółki lub spółdzielni, jeżeli ich wartość przekracza wartość 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100).

4. Ponadto uchwały Zgromadzenia Wspólników wymagają:

- 1) połączenie, przekształcenie oraz podział Spółki;
- 2) zbycie udziałów, które powoduje utratę udziału większościowego w kapitale zakładowym Spółki przez Województwo Opolskie;
- 3) zawiązanie przez Spółkę innej spółki;
- 4) zmiana Aktu Założycielskiego i zmiana przedmiotu działalności Spółki;
- 5) rozwiązanie i likwidacja Spółki;
- 6) zatwierdzenie kandydata Rady Nadzorczej na Prezesa Zarządu i Członków Zarządu.

5. Objęcie albo nabycie akcji lub udziałów w innych spółkach, z wyjątkiem, gdy objęcie akcji lub udziałów tych spółek następuje za wierzytelności Spółki w ramach postępowań upadłościowych z możliwością zawarcia układu lub ugody, wymaga zgody Zgromadzenia Wspólników. W takich przypadkach zgody Zgromadzenia Wspólników wymaga również:

1) zbycie tych akcji lub udziałów, z określeniem warunków i trybu ich zbywania, za wyjątkiem:

- a) zbywania akcji będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym lub w alternatywnym systemie obrotu,
- b) zbywania akcji lub udziałów, które Spółka posiada w ilości nieprzekraczającej 10% udziału w kapitale zakładowym poszczególnych spółek,
- c) zbywanie akcji i udziałów objętych za wierzytelności Spółki w ramach postępowań upadłościowych z możliwością zawarcia układu lub ugody;

2) określenie wykonywania prawa głosu na Walnym Zgromadzeniu lub na Zgromadzeniu Wspólników spółek, w których Spółka posiada 100% akcji lub udziałów, w sprawach:

- a) zawiązania przez spółkę innej spółki,
- b) zmiany statutu lub aktu założycielskiego oraz przedmiotu działalności spółki,
- c) połączenia, przekształcenia, podziału, rozwiązania i likwidacji spółki,
- d) podwyższenia lub obniżenia kapitału zakładowego spółki,
- e) zbycia i wydzierżawienia przedsiębiorstwa spółki lub jego zorganizowanej części oraz ustanowienia na nich ograniczonego prawa rzeczowego,
- f) nabycia i zbycia nieruchomości lub prawa użytkowania wieczystego albo udziału w nieruchomości lub w prawie użytkowania wieczystego, ich obciążenie, leasing oraz oddanie do odpłatnego lub nieodpłatnego korzystania, jeżeli ich wartość przekracza 5.000.000 zł (słownie: pięć milionów złotych 00/100),
- g) nabycia, zbycia, obciążenia, leasingu oraz oddania do odpłatnego lub nieodpłatnego korzystania, innych niż wymienione w lit. f), składników aktywów trwałych, jeżeli ich wartość przekracza 2.500.000 zł (słownie: dwa miliony pięćset tysięcy złotych 00/100),
- h) zawarcia przez spółkę umowy kredytu, pożyczki, poręczenia lub innej umowy o podobnym charakterze,
- i) emisji obligacji każdego rodzaju,
- j) nabycia akcji własnych w przypadku, o którym mowa w art. 362 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych,
- k) przymusowego wykupu akcji przez spółkę w jej spółce zależnej stosownie do postanowień art. 418 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych,
- l) tworzenia, użycia i likwidacji kapitałów rezerwowych,
- m) użycia kapitału zapasowego,
- n) umorzenia udziałów lub akcji,
- o) postanowienia dotyczącego roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej przy zawiązaniu spółki lub sprawowaniu zarządu albo nadzoru,
- p) wniesienia składników aktywów trwałych przez spółkę jako wkładu do spółki lub spółdzielni, jeżeli ich wartość przekracza 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych 00/100).

§ 38.

Uchwały Zgromadzenia Wspólników dotyczące:

- 1) rozwiązania Spółki,
- 2) zbycia przedsiębiorstwa Spółki,
- 3) zbycia zorganizowanej części przedsiębiorstwa Spółki,
- 4) zbycia udziałów, które powoduje utratę udziału większościowego w kapitale zakładowym Spółki przez Województwo Opolskie,
- 5) istotnej zmiany przedmiotu działalności Spółki

- są podejmowane większością trzech czwartych głosów.

§ 39.

1. Wnioski Zarządu oraz Wspólników w sprawach wskazanych w § 37, wnosi się wraz z uzasadnieniem i pisemną opinią Rady Nadzorczej. Opinii Rady Nadzorczej nie wymagają wnioski dotyczące członków Rady Nadzorczej, w szczególności w sprawach, o których mowa w § 37 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 1.

2. Wymóg opiniowania wniosku złożonego przez Wspólników nie obowiązuje w okresie, gdy Województwo Opolskie jest jedynym Wspólnikiem Spółki.

VI. GOSPODARKA FINANSOWA SPÓŁKI

§ 40.

1. Rokiem obrotowym Spółki jest rok kalendarzowy, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Pierwszy rok obrotowy Spółki zaczyna się od dnia przekształcenia i kończy się 31 grudnia 2016 r.

§ 41.

Spółka prowadzi rachunkowość zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.) oraz innymi przepisami.

§ 42.

1. Spółka tworzy następujące kapitały i fundusz:

- 1) kapitał zakładowy;
- 2) kapitał zapasowy;
- 3) kapitał z aktualizacji wyceny;
- 4) kapitał rezerwowy na zabezpieczenie, utrzymanie i rozwój zasobów służących działalności leczniczej,
- 5) zakładowy fundusz świadczeń socjalnych.

2. Spółka może tworzyć i likwidować, uchwałą Zgromadzenia Wspólników, inne kapitały rezerwowe, niż określony w ust. 1 pkt 4, na początku i w trakcie roku obrotowego.

§ 43.

Zarząd jest zobowiązany:

- 1) sporządzić sprawozdanie finansowe wraz ze sprawozdaniem z działalności Spółki za ostatni rok obrotowy w terminie trzech miesięcy od dnia bilansowego;
- 2) poddać sprawozdanie finansowe badaniu przez biegłego rewidenta;
- 3) złożyć do oceny Radzie Nadzorczej dokumenty, wymienione w pkt 1, wraz z opinią i raportem biegłego rewidenta;
- 4) przedstawić Zwyczajnemu Zgromadzeniu Wspólników dokumenty, wymienione w pkt 1, opinię wraz z raportem biegłego rewidenta oraz sprawozdanie Rady Nadzorczej, o którym mowa w § 21 ust. 1 pkt 3, w terminie do końca czwartego miesiąca od dnia bilansowego.

§ 44.

1. Sposób przeznaczenia zysku netto za ostatni rok obrotowy Spółki określa Zgromadzenie Wspólników w drodze uchwały.

2. Zgromadzenie Wspólników dokonuje odpisów z zysku, na:

- 1) kapitał zapasowy, w wysokości co najmniej 8% zysku za dany rok obrotowy, dopóki kapitał ten nie osiągnie przynajmniej jednej trzeciej części kapitału zakładowego,
- 2) kapitał rezerwowy, o którym mowa w § 42 ust. 1 pkt 4, w wysokości co najmniej 80% zysku za dany rok obrotowy.

3. Zgromadzenie Wspólników może przeznaczyć część zysku, na:

- 1) dywidendę dla Wspólników;
- 2) kapitały i fundusz, o których mowa w § 42 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz 5, a także w ust. 2;
- 3) inne cele określone uchwałą Wspólników.

4. Dniem dywidendy jest dzień podjęcia przez Zwyczajne Zgromadzenie Wspólników uchwały o podziale zysku netto za ostatni rok obrotowy. Zgromadzenie Wspólników może, zgodnie z art. 193 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych, określić inny dzień dywidendy.

5. Dzień wypłaty dywidendy określa uchwałą Zwyczajne Zgromadzenie Wspólników.

6. Spółka może wypłacić Wspólnikom zaliczkę na poczet przewidywanej dywidendy na koniec roku obrotowego, zgodnie z art. 195 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych.

VII. POSTANOWIENIA PUBLIKACYJNE

§ 45.

1. Spółka publikuje swoje ogłoszenia objęte obowiązkiem publikacji w prasie lokalnej. Kopie ogłoszeń przesyłane są do Wspólnika - Województwa Opolskiego, a także wywieszane w siedzibie Spółki w miejscu dostępnym dla wszystkich pracowników.

2. W ciągu czterech tygodni od dnia wpisania do rejestru przedsiębiorców zmian w Akcie Założycielskim, Zarząd zobowiązany jest do przesłania Wspólnikowi - Województwu Opolskiemu jednolitego tekstu Aktu Założycielskiego, który przed złożeniem wniosku o wpis zmiany Aktu Założycielskiego do rejestru przedsiębiorców, został przyjęty przez Radę Nadzorczą.

3. Zarząd składa w sądzie rejestrowym właściwym ze względu na siedzibę Spółki roczne sprawozdanie finansowe, opinię biegłego rewidenta, odpis uchwały Zgromadzenia Wspólników o zatwierdzeniu sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty

oraz sprawozdanie z działalności Spółki w terminie piętnastu dni od dnia zatwierdzenia przez Zgromadzenie Wspólników sprawozdania finansowego Spółki. Jeżeli sprawozdanie finansowe nie zostało zatwierdzone w terminie sześciu miesięcy od dnia bilansowego, to należy je złożyć w ciągu piętnastu dni po tym terminie.

4. Jeżeli Spółka spełnia warunki, o których mowa w art. 64 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, Zarząd zobowiązany jest w terminie piętnastu dni od dnia zatwierdzenia przez Zgromadzenie Wspólników sprawozdania finansowego Spółki złożyć do ogłoszenia w Monitorze Polskim B dokumenty, o których mowa w art. 70 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 46.

1. Z przyczyn przewidzianych przepisami prawa Spółka ulega rozwiązaniu.

2. Likwidatorami są członkowie Zarządu, chyba że uchwałą Zgromadzenia Wspólników stanowi inaczej.

3. Mienie pozostałe po zaspokojeniu lub po zabezpieczeniu wierzycieli przypada Wspólnikom w stosunku do ich udziałów.”

Art. 6.

Zarząd Województwa Opolskiego, w imieniu Województwa Opolskiego, ustala pierwszy regulamin organizacyjny Spółki w następującym brzmieniu:

„DZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

Rozdział 1

Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala i obowiązywania Regulaminu

§ 1.

Ilekoć w Regulaminie jest mowa o Szpitalu rozumie się przez to Szpital Wojewódzki w Opolu spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

§ 2.

Podstawę prawną Regulaminu stanowią:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn. zm),
- 2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012r. poz. 159 z późn. zm.);
- 4) ustawa z dnia 15 września 2000r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 z późn. zm.);
- 5) inne przepisy powszechnie obowiązujące;

6) Akt Założycielski Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, zwany dalej Aktem Założycielskim.

§ 3.

1. Regulamin określa, w szczególności:

- 1) cele i zadania Szpitala;
- 2) zakres i obszar działania Szpitala;
- 3) strukturę organizacyjną i zadania komórek organizacyjnych Szpitala;
- 4) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych, poradniach specjalistycznych i pracowniach diagnostycznych;
- 5) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 6) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
- 7) prawa i obowiązki pacjenta;
- 8) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta;
- 9) organizację przyjmowania oraz załatwiania skarg i wniosków;
- 10) zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej;
- 11) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

2. Regulamin w formie papierowej znajduje się w sekretariacie Prezesa Zarządu Szpitala, a w formie elektronicznej, na stronie internetowej www.szpital.opole.pl oraz na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala.

§ 4.

Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Szpitala oraz osób przebywających w Szpitalu, w tym pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital.

§ 5.

1. Uprawnienia i obowiązki pracowników oraz Szpitala służące zapewnieniu porządku, dyscypliny i właściwego stosunku pracowników do osób korzystających ze świadczeń Szpitala określa Regulamin pracy Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą, z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej pracy, kwalifikacji wymaganych przy jej wykonywaniu oraz ilości i jakości świadczonej pracy określa Regulamin wynagradzania Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.
3. Zasady premiowania wszystkich pracowników Szpitala zatrudnionych w ramach stosunku pracy określa Regulamin premiowania pracowników Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. Zasady funkcjonowania zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, zasady gospodarowania funduszem, rodzaje i zakres świadczeń socjalnych oraz osoby uprawnione do korzystania z funduszu określa Regulamin zakładowego funduszu świadczeń socjalnych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

5. Regulaminy, o których mowa w ust. 1 - 4 ustala Prezes Zarządu, w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi działającymi w Szpitalu.

Rozdział 2 **Cele i zadania Szpitala**

§ 6.

Podstawowym celem działania Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

§ 7.

1. Do zadań Szpitala należy:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki stacjonarnej;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach pozaszpitalnych;
- 3) udzielanie podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych;
- 4) prowadzenie działalności diagnostycznej;
- 5) prowadzenie działalności z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- 6) prowadzenie profilaktycznej opieki zdrowotnej;
- 7) świadczenie usług farmaceutycznych w aptece szpitalnej;
- 8) promocja zdrowia i zdrowego trybu życia;
- 9) realizacja programów zdrowotnych;
- 10) uczestniczenie w prowadzeniu i realizacji programów naukowych, prac badawczo-rozwojowych i eksperymentalnych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia;
- 11) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny poprzez realizowanie praktyk, specjalizacji i staży, szkoleń;
- 12) realizacja przewidzianych przepisami prawa zadań na potrzeby obronne państwa;
- 13) prowadzenie innej działalności określonej jako przedmiot działalności Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Akcie Założycielskim;
- 14) inne zadania, nie wymienione w niniejszym ustępie, a wynikające z obowiązujących przepisów.

2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 udzielane są w Opolu, ul. Augustyna Kośnego53.

§ 8.

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych oraz umowach z dysponentami środków finansowych.

§ 9.

Zgodnie z Aktem Założycielskim obszarem działania Szpitala jest miasto Opole i teren województwa opolskiego. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych także pacjentom spoza województwa opolskiego.

Rozdział 3 **Polityka Jakości Zintegrowanego Systemu Zarządzania** **i Program Akredytacji Szpitali**

§ 10.

1. Politykę Jakości Zintegrowanego Systemu Zarządzania, zwaną dalej „Polityką Jakości”, Szpital realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa i higieny pracy, bezpieczeństwa informacji oraz zmniejszenia negatywnego wpływu oddziaływania na środowisko naturalne, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników.
2. W ramach Polityki Jakości Szpital określa cele jakościowe i środowiskowe.
3. Szpital realizuje program poprawy jakości w oparciu o standardy akredytacyjne, określone przez Program Akredytacji Szpitali.
4. Pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji Polityki Jakości oraz standardów akredytacyjnych, określone przez Program Akredytacji Szpitali.

DZIAŁ II

ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

Rozdział 1

Rodzaj działalności leczniczej

§ 11.

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych:
 - a) szpitalnych,
 - b) innych niż szpitalne;
 - 2) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. Szpital udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, innych niż szpitalne oraz ambulatoryjnych, w zakresie:
 - 1) chorób wewnętrznych;
 - 2) endokrynologii;
 - 3) gastroenterologii;
 - 4) diabetologii;
 - 5) kardiologii;
 - 6) hematologii;
 - 7) chemioterapii nowotworów krwi i układu krwiotwórczego,
 - 8) pulmonologii;
 - 9) chemioterapii nowotworów płuc;
 - 10) leczenia gruźlicy;
 - 11) domowego leczenia tlenem;
 - 12) leczenia stopy cukrzycowej;
 - 13) chirurgii ogólnej;
 - 14) chirurgii urazowo-ortopedycznej;
 - 15) anestezjologii i intensywnej terapii;

- 16) medycyny ratunkowej;
- 17) medycyny nuklearnej;
- 18) dermatologii i wenerologii ogólnej;
- 19) dermatologii onkologicznej;
- 20) chorób zakaźnych;
- 21) profilaktyki i leczenia HIV/AIDS;
- 22) reumatologii;
- 23) nefrologii,
- 24) rehabilitacji ogólnoustrojowej;
- 25) medycyny sportowej;
- 26) leczenia bólu;
- 27) chorób metabolicznych;
- 28) profilaktyki i promocji zdrowia.

3. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych są przedsiębiorstwa, o których mowa w § 13 ust. 1 Regulaminu.

Rozdział 2 **Struktura organizacyjna**

§ 12.

1. Prezes Zarządu kieruje Szpitalem, przy pomocy:
 - 1) Dyrektora ds. Lecznictwa, w zakresie działalności leczniczej;
 - 2) Dyrektora ds. Ekonomicznych / Głównego Księgowego, w zakresie działalności ekonomicznej i finansowej;
 - 3) Naczelnej Pielęgniarki;
 - 4) Kierowników i Ordynatorów oddziałów szpitalnych;
 - 5) Kierowników innych komórek organizacyjnych.
2. Czynności w sprawach z zakresu prawa pracy z pracownikami Szpitala dokonuje Prezes Zarządu.
3. Dyrektor ds. Lecznictwa zarządza, nadzoruje pracę oraz odpowiada za właściwe i zgodne z obowiązującym prawem funkcjonowanie jednostek organizacyjnych działalności leczniczej, a także odpowiada za całokształt działań medycznych Szpitala.
4. Dyrektor ds. Ekonomicznych / Główny Księgowy zarządza i nadzoruje pracę Działu Finansowo -Księgowego.

§ 13.

1. Szpital tworzą dwa przedsiębiorstwa:
 - 1) Szpital Wojewódzki w Opolu - lecznictwo stacjonarne;
 - 2) Szpital Wojewódzki w Opolu - lecznictwo ambulatoryjne.
2. W skład Szpitala wchodzi:
 - 1) jednostki organizacyjne działalności leczniczej;
 - 2) komórki administracyjne;

- 3) samodzielne stanowiska pracy.

§ 14.

1. W ramach przedsiębiorstwa Szpital Wojewódzki w Opolu –lecznictwo stacjonarne działają, następujące jednostki organizacyjne działalności leczniczej:

- 1) Szpital Wielospecjalistyczny z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - a) Oddział Chorób Wewnętrznych:
 - Pododdział Chorób Układu Krążenia,
 - Pododdział Diabetologii i Nefrologii,
 - Pododdział Endokrynologii,
 - Pododdział Gastroenterologii,
 - b) Oddział Hematologii i Onkologii Hematologicznej,
 - c) Oddział Chirurgii Ogólnej:
 - Pododdział Leczenia Stopy Cukrzycowej,
 - d) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - e) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - f) Oddział Pulmonologii,
 - g) Oddział Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Dziennym,
 - h) Oddział Chorób Zakaźnych,
 - i) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
 - j) Izba Przyjęć,
 - k) Dział Rehabilitacji;
- 2) Stacja Dializ;
- 3) Blok Operacyjny;
- 4) Centralna Sterylizatornia;
- 5) Pracownia Endoskopowa i Diagnostyki Układu Pokarmowego;
- 6) Apteka Szpitalna.

2. W ramach przedsiębiorstwa Szpital Wojewódzki w Opolu - lecznictwo ambulatoryjne działają, następujące jednostki organizacyjne działalności leczniczej:

- 1) Zespół Wojewódzkich Poradni Specjalistycznych, z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - a) Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
 - b) Poradnia Chorób Metabolicznych,
 - c) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy,
 - d) Poradnia Chorób Zakaźnych,
 - e) Poradnia Diabetologiczna,
 - f) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem,
 - g) Poradnia Endokrynologiczna,
 - h) Poradnia Gastroenterologiczna,
 - i) Poradnia Hematologiczna,
 - j) Poradnia Hematologii i Onkologii Dziecięcej,
 - k) Poradnia Kardiologiczna,
 - l) Poradnia Leczenia i Badania Bólu,
 - m) Poradnia Nefrologiczna,
 - n) Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza HIV/AIDS,

- o) Poradnia Profilaktyki i Promocji Zdrowia,
 - p) Poradnia Reumatologiczna,
 - q) Poradnia Skórno-Wenerologiczna,
 - r) Poradnia Sportowa,
 - s) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna,
 - t) Pracownia Diagnostyki Układu Krążenia,
 - u) gabinety diagnostyczno-zabiegowe,
- 2) Ośrodek Rehabilitacji Diennej;
 - 3) Dział Diagnostyki Obrazowej;
 - 4) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej;
 - 5) Zakład Medycyny Nuklearnej.
3. Wymienione w ust. 1 i 2 przedsiębiorstwa nie prowadzą odrębnej księgowości i rachunkowości, ani nie sporządzają odrębnych sprawozdań finansowych.

§ 15.

1. Komórkami administracyjnymi Szpitala, są:
 - 1) Dział Finansowo - Księgowy;
 - 2) Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji;
 - 3) Dział Controllingu, Kontraktowania i Rozliczeń;
 - 4) Dział Informatyki;
 - 5) Dział Logistyki;
 - 6) Dział Techniczny;
 - 7) Dział Żywienia;
 - 8) Dział Higieny i Transportu Wewnętrznego.
2. Samodzielnymi stanowiskami pracy Szpitala Wojewódzkiego, są:
 - 1) Stanowisko ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy;
 - 2) Stanowisko ds. Przeciwpożarowych;
 - 3) Stanowisko ds. Obronnych i Obrony Cywilnej;
 - 4) Administrator Bezpieczeństwa Informacji;
 - 5) Administrator Bezpieczeństwa Systemu Informatycznego;
 - 6) Główny Specjalista ds. Organizacji, Promocji i Funduszy Pomocowych;
 - 7) Pełnomocnik ds. Jakości;
 - 8) Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
 - 9) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
 - 10) Szpitalny Rzecznik Praw Pacjenta;
 - 11) Radca Prawny;
 - 12) Kapelan Szpitalny.

§ 16.

1. Strukturę organizacyjną Szpitala w formie graficznej określa załącznik nr 1 do Regulaminu.
2. Komórki organizacyjne Szpitala oraz samodzielne stanowiska otrzymują dla celów kancelaryjnych symbole literowe, których wykaz stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

3. Jednostki organizacyjne działalności leczniczej podlegają bezpośrednio Dyrektorowi ds. Lecznictwa, a w zakresie opieki pielęgniarskiej bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce.
4. Dyrektorowi ds. Lecznictwa podlega także Naczelna Pielęgniarka.
5. Naczelnej Pielęgniarce podlegają: Dział Żywienia, Dział Higieny i Transportu Wewnętrz szpitalnego oraz pielęgniarki oddziałowe i koordynujące.
6. Jednostki organizacyjne działalności nieleczniczej, z uwzględnieniem ust. 5, podlegają bezpośrednio Prezesowi Zarządu.

§ 17.

1. Pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala utrzymana jest ścisła współpraca, poprzez wzajemne konsultacje, badania diagnostyczne oraz zabiegi.
2. Komórki organizacyjne Szpitala wykonujące świadczenia medyczne w zakresie lecznictwa stacjonarnego działają w systemie całodobowym.
3. Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia medyczne w zakresie specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego działają zgodnie z harmonogramami pracy poszczególnych poradni, które są umieszczone przy rejestracji i w gabinetach lekarskich.

§ 18.

1. W Szpitalu funkcjonują oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne i poradnie specjalistyczne, będące komórkami organizacyjnymi działalności leczniczej Szpitala.
2. Oddziały szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności.
3. Do zadań oddziałów szpitalnych należy, w szczególności:
 - 1) udzielanie pomocy medycznej, zwłaszcza w przypadkach nagłych (wypadkach i zachorowaniach);
 - 2) leczenie chorych zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej;
 - 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie specjalistyczne Szpitala i podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie;
 - 4) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia;
 - 5) wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne;
 - 6) zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
 - 7) przestrzeganie i realizowanie praw pacjenta;
 - 8) zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych;
 - 9) zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia;
 - 10) utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi;
 - 11) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych;
 - 12) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia;
 - 13) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe;
 - 14) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
 - 15) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz doskonalenia pracowników medycznych;

- 16) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
 - 17) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek oraz przeciwdziałanie przebywania w oddziale osób przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia szpitalnego;
 - 18) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji;
 - 19) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych;
 - 20) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne;
 - 21) przeprowadzanie badań klinicznych zgodnie z zawartymi umowami i obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie;
 - 22) utrzymywanie w należyтым stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego gospodarczego znajdującego się w oddziale;
 - 23) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału;
 - 24) przestrzeganie procedur i instrukcji Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia, obowiązujących w Szpitalu.
4. Wszystkie jednostki działalności leczniczej Szpitala mają obowiązek współpracować z psychologiem w zakresie prowadzenia adaptacji pacjentów hospitalizowanych do warunków szpitalnych, wspomagania psychicznego pacjentów, przygotowywania do zabiegów i inne.
 5. Psycholog udziela porad i konsultacji niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego i uczestniczy w diagnozowaniu pacjentów.
 6. Psycholog udziela także porad i konsultacji pracownikom Szpitala.
 7. 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:
 - 1) rozpocząć dyżur o ustalonej godzinie, zgodnie z harmonogramem;
 - 2) kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej oddziału, składając raport z odbytego dyżuru ordynatorowi oddziału, lub Dyrektorowi ds. Lecznictwa;
 - 3) 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;
 - 4) przebywać na oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia na inny oddział, poinformować innego lekarza w oddziale lub personel pielęgniarski o miejscu pobytu;
 - 5) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania - rozpocząć leczenie;
 - 6) na prośbę lekarza dyżurnego innego oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane:
 - a) jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia,
 - b) w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia,

- 7) wykonywać obchody lekarskie w godzinach, co najmniej, popołudniowych i wieczornych, a w dni wolne od pracy oraz w dni świąteczne - także rano.
8. Pielęgniarka oddziałowa jest odpowiedzialna za zapewnienie pod względem merytorycznym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej na oddziale.
9. Pielęgniarka oddziałowa podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce i ponosi przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków, zaś organizacyjnie podlega ordynatorowi oddziału.
10. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej za prawidłową pracę pielęgniarek danego oddziału odpowiada wyznaczona przez nią pielęgniarka, która przejmuje jej zakres zadań.
11. W godzinach popołudniowych (tj. od godz. 14³⁰), nocnych (od godz. 22⁰⁰ do godz. 6⁰⁰) i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek odpowiada, wyznaczona w harmonogramie pracy oddziału, pielęgniarka.
12. Poradnie specjalistyczne są komórkami organizacyjnymi działalności leczniczej Szpitala, udzielającymi ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.
13. Do zadań poradni specjalistycznych należy, w szczególności:
 - 1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni,
 - 2) przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych,
 - 3) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego,
 - 4) kierowanie chorych na leczenie
 - 5) promocja zdrowia i realizacja programów zdrowotnych,
 - 6) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną, wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne,
 - 7) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji,
 - 8) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych,
 - 9) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
 - 10) przeprowadzanie badań klinicznych zgodnie z zawartymi umowami i obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie,
 - 11) przestrzeganie procedur i instrukcji Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia obowiązujących w Szpitalu.

§ 19.

1. Prezes Zarządu może, w drodze zarządzenia, do realizacji określonych celów:
 - 1) powoływać zespoły zadaniowe, komisje i komitety;
 - 2) tworzyć działy i samodzielne stanowiska pracy.

2. W Szpitalu funkcjonuje Szpitalna Komisja Etyczna, do której mogą zwracać się pracownicy Szpitala oraz pacjenci z problemami natury etycznej. Komisja zbiera się na wniosek Prezesa Zarządu lub Szpitalnego Rzecznika Praw Pacjenta w sytuacji zgłoszenia problemu przez pacjenta, członka rodziny pacjenta, pełnomocnika, opiekuna prawnego lub pracownika Szpitala. Szczegółowe prace Komisji określa zarządzenie Prezesa Zarządu. Wnioski na piśmie należy składać w sekretariacie Prezesa Zarządu Szpitala lub do Szpitalnego Rzecznika Praw Pacjenta.
3. W Szpitalu działa Rada Ordynatorów, która jest organem doradczym Prezesa Zarządu. Rada zwoływana jest na wniosek Prezesa Zarządu lub Przewodniczącego Rady Ordynatorów, którego powołuje i odwołuje Prezes Zarządu.

§ 20.

1. Prezes Zarządu zapewnia sprawne funkcjonowanie Szpitala, poprzez tworzenie warunków dla prawidłowej realizacji zadań określonych w Akcie Założycielskim oraz organizację pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy przez zatrudnionych w Szpitalu pracowników, a w szczególności:
 - 1) reprezentuje Szpital na zewnątrz;
 - 2) realizuje politykę kadrową Szpitala;
 - 3) dysponuje środkami finansowymi Szpitala;
 - 4) negocjuje i zawiera umowy na realizację świadczeń zdrowotnych;
 - 5) pozyskuje środki finansowe na realizację inwestycji, remontów oraz zakup aparatury medycznej,
 - 6) wydaje zarządzenia, instrukcje, procedury i polecenia służbowe, których projekty sporządzają pracownicy Szpitala;
 - 7) wydaje i zatwierdza regulaminy obowiązujące w Szpitalu oraz inne wewnętrzne akty prawne: zarządzenia, instrukcje, procedury, dokumenty nadzorowane Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego;
 - 8) rozpatruje skargi i wnioski pracowników oraz pacjentów;
 - 9) organizuje, kieruje i nadzoruje pracę podległych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy;
 - 10) odpowiada za zorganizowanie i prawidłowe działanie kontroli wewnętrznej i zarządczej oraz wykorzystanie jej wyników;
 - 11) współpracuje z Działem Controllingu, Kontraktowania i Rozliczeń;
 - 12) zawiera umowy i zapewnia warunki do realizacji badań klinicznych przeprowadzanych w Szpitalu;
 - 13) sprawuje bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.
4. Do wyłącznej kompetencji Prezesa Zarządu, z zastrzeżeniem możliwości udzielenia upoważnienia (pełnomocnictwa), należą sprawy:
 - 1) kierowane do parlamentarzystów, Marszałka Województwa, Wojewody Opolskiego oraz innych organów administracji publicznej, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, organizacji społecznych, stowarzyszeń i fundacji, Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz instytucji udzielających dofinansowania i dotacji celowych;
 - 2) wynikające z funkcji kierownika Szpitala;
 - 3) nadzoru i organizacji spraw obronnych i obrony cywilnej w Szpitalu;
 - 4) wydawania wewnętrznych aktów prawnych;
 - 5) ustalania i zmiany Regulaminu;
 - 6) powoływanie komisji, komitetów i zespołów zadaniowych;
 - 7) postępowań sądowych;
 - 8) zaciągania zobowiązań;

- 9) ustalania zasad organizacji i funkcjonowania Szpitala;
- 10) innych zastrzeżonych przepisami prawa do decyzji dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Rozdział 3

Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność pracowników Szpitala

§ 21.

1. Pracą oddziałów szpitalnych kierują ordynatorzy lub kierownicy oddziałów.
2. Pracą pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala kierują kierownicy tych komórek lub osoby wykonujące pracę w ramach samodzielnego stanowiska.
3. Pracownik zajmujący stanowisko kierownicze zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli w zakresie funkcjonowania działalności komórki, którą kieruje.
4. Do zadań ordynatorów i kierowników należy w szczególności:
 - 1) prawidłowy podział zadań pomiędzy stanowiskami pracy;
 - 2) kierowanie działalnością podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający wykonywanie zadań statutowych Szpitala;
 - 3) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego;
 - 4) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów;
 - 5) prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i zasadami ustalonymi przez Prezesa Zarządu;
 - 6) w przypadku medycznych komórek organizacyjnych, prowadzenie dokumentacji medycznej na bieżąco w sposób czytelny i umożliwiający identyfikację osób dokonujących wpisów;
 - 7) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów prawnych i norm etycznych;
 - 8) stosowanie przyjętych w Szpitalu standardów, instrukcji, procedur i dokumentów, nadzorowanych w związku z wdrożonym w Szpitalu Zintegrowanym Systemem Zarządzania i systemem akredytacji jednostek ochrony zdrowia, obowiązujących w Szpitalu;
 - 9) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem obowiązków wynikających z zawartych przez Szpital kontraktów;
 - 10) nadzór nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i przeciwpożarowych, a także nad przestrzeganiem przez pracowników dyscypliny pracy oraz przepisów, na podstawie których działa Szpital;
 - 11) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole;
 - 12) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników;
 - 13) ocenianie i opiniowanie pracowników;
 - 14) kontrola prawidłowego i terminowego wykonywania zadań i załatwiania spraw przez pracowników podległych im komórek organizacyjnych.
5. Do uprawnień ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych, należy:
 - 1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych;
 - 2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji;

- 3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników;
 - 4) decydowanie, o:
 - a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - b) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
 - c) wyznaczaniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.
6. Ordynatorzy i kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność, za:
- 1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień;
 - 2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach;
 - 3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala;
 - 4) znajomość i stosowanie obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące zaznajamianie podległych pracowników z przepisami prawa;
 - 5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z prawem pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych;
 - 6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów;
 - 7) terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji;
 - 8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej;
 - 9) dbanie o dobry wizerunek Szpitala.

§ 22.

1. Do obowiązków pracowników należy, w szczególności:

- 1) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Szpitala;
- 2) 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 oraz systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia obowiązujących w Szpitalu;
- 3) noszenie osobistego identyfikatora, podawanie swojego imienia i nazwiska na żądanie pacjentów oraz w korespondencji z pacjentami (papierowej i elektronicznej);
- 4) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań;
- 5) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy i przepisów przeciwpożarowych;
- 6) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego mienia Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed jego zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości;
- 7) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:

- 1) otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
- 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań;
- 3) właściwe i bezpieczne dla danego stanowiska warunki pracy;

- 4) wybór sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań, o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami prawa;
 - 5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z zadań;
 - 6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność, za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji;
 - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji mienia i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych;
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 23.

Zakresy obowiązków i uprawnień poszczególnych pracowników znajdują się w ich aktach osobowych i są przechowywane w Dziale Spraw Pracowniczych i Organizacji.

§ 24.

1. Komórki organizacyjne Szpitala współpracują ze sobą w zakresie diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym, administracyjnym, logistycznym i technicznym, a w szczególności w obszarze:
 - 1) diagnostyki pacjenta;
 - 2) badań laboratoryjnych;
 - 3) konsultacji specjalistycznych w oddziałach;
 - 4) przyjmowania pacjentów między oddziałami zgodnie ze wskazaniami medycznymi co do dalszego leczenia;
 - 5) zgłaszania zachorowań w oddziałach dotyczących chorób zakaźnych, zakażeń szpitalnych, zachorowań nowotworowych;
 - 6) przygotowywania sprawozdań dotyczących wykonywanych procedur medycznych i wykonywanych badań diagnostycznych;
 - 7) zamawiania i dostaw sprzętu, aparatury medycznej, leków, płynów, środków opatrunkowych;
 - 8) zamawiania i dostaw artykułów biurowych;
 - 9) zgłaszania i bieżącego usuwania awarii aparatury i sprzętu;
 - 10) utrzymania obiektów w należytej sprawności technicznej, usuwania na bieżąco wszystkich awarii i usterek wynikłych w trakcie eksploatacji obiektów.
2. Zasady i tryb wykonywania czynności kancelaryjnych przez pracowników określa Instrukcja Kancelaryjna Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.
3. Zasady organizacji i zakres działania archiwum zakładowego Szpitala oraz zasady postępowania z materiałami archiwalnymi i dokumentacją niearchiwalną określa Instrukcja o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

4. W Szpitalu obowiązuje Rzeczowy Jednolity Wykaz Akt Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, który stanowi rzeczową klasyfikację akt powstających w toku działalności Szpitala oraz zawiera archiwalną kwalifikację tych akt. Jednolity rzeczowy wykaz akt oparty jest na systemie klasyfikacji dziesiętnej i zawiera symbole oraz hasła klasyfikacyjne spraw.
5. Instrukcje, o których mowa w ust. 2 - 4, ustala Prezes Zarządu i zatwierdza właściwa jednostka archiwum państwowego.
6. Organizację zamówień publicznych w Szpitalu określa Regulamin przygotowania i przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala dokonują zamówień publicznych tylko poprzez Dział Logistyki.

§ 25.

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala, jest:
 - 1) usprawnianie procesów zarządczych oraz informacyjno - decyzyjnych;
 - 2) prawidłowa realizacja zadań statutowych Szpitala;
 - 3) integracja działań pracowników i komórek organizacyjnych Szpitala;
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
 - 1) kadry zarządzającej, o której mowa w § 12 ust. 1 Regulaminu;
 - 2) Prezesa Zarządu, bądź Dyrektorów z ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych;
 - 3) Naczelnej Pielęgniarki z pielęgniarkami oddziałowymi i koordynującymi;
 - 4) członków działających w Szpitalu zespołów, komitetów i komisji zadaniowych.
3. Spotkania, o których mowa w ust. 2 mają na celu:
 - 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania;
 - 2) przekazywanie informacji o planach i podejmowanych kierunkach działania;
 - 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań;
 - 4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki oddziałowe i koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego im personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

Rozdział 4 **Zakres działania komórek organizacyjnych Szpitala**

§ 26.

1. Dyrektor ds. Lecznictwa nadzoruje pracę komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala wymienionych w § 14 Regulaminu, a do jego zadań należy, w szczególności:
 - 1) organizacja i nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym organizacja należytej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
 - 2) nadzór nad pracą zaplecza diagnostycznego;
 - 3) nadzór nad prawidłowym rozmieszczeniem kadry medycznej;
 - 4) nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem łóżek szpitalnych;

- 5) nadzór i kontrola nad prawidłową gospodarką lekami, krwią i preparatami krwipochodnymi oraz materiałami i sprzętem medycznym;
- 6) nadzór nad prawidłowym przestrzeganiem przez podległe komórki organizacyjne zasad ustalonych w Polityce Jakości oraz przez system akredytacji jednostek ochrony zdrowia, obowiązujących w Szpitalu;
- 7) nadzór nad realizacją umów na świadczenia zdrowotne;
- 8) dbanie o dostępność, ciągłość i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) dokonywanie wizytacji i wyrywkowych kontroli komórek działalności medycznej Szpitala;
- 10) nadzór nad sporządzaniem, gromadzeniem, przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej;
- 11) nadzór nad kształceniem lekarzy, w tym nad prawidłowym przebiegiem staży podyplomowych i specjalizacji lekarskich;
- 12) nadzór nad pracą zespołów, komitetów i komisji zadaniowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 13) podejmowanie działań niezbędnych do pełnego wykorzystania dostępnych w Szpitalu narzędzi informatycznych;
- 14) przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków pacjentów, a także podejmowanie działań, które w przyszłości wyeliminują stwierdzone nieprawidłowości;
- 15) kontrolowanie przestrzegania przez podległy personel obowiązującego Regulaminu pracy Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz regulaminów stanowisk pracy;
- 16) udział w prowadzeniu przez radcę prawnego, spraw związanych z realizacją uprawnień Szpitala wynikających z umów ubezpieczenia działalności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności;
- 17) Dyrektor ds. Lecznictwa jest uprawniony do:
 - a) oceniania podległych pracowników,
 - b) inicjowania i opracowywania zmian w strukturze i usługach Szpitala, dostosowując je do bieżących potrzeb,
 - c) wprowadzania uzgodnionych usprawnień organizacyjnych i technicznych w pracy podległych komórek oraz do wnioskowania zmian w przepisach wewnętrznych,
 - d) wstępu do Szpitala w celach służbowych przez całą dobę,
 - e) sprawowania kontroli wewnętrznej w obszarze swego działania.

2. Do zadań Dyrektora ds. Ekonomicznych należy, w szczególności:

- 1) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem Działu Finansowo-Księgowego;
- 2) podejmowanie działań mających na celu optymalizację działalności Szpitala, wykorzystując między innymi narzędzia controllingu, budżetowania;
- 3) wskazywanie sposobów realizacji celu strategicznego dotyczącego osiągnięcia korzystnych wskaźników ekonomiczno-finansowych oraz wdrażanie propozycji rozwiązań uzgodnionych z Prezesem Zarządu;
- 4) bieżąca analiza kosztów, ich struktury, miejsc powstawania, zasadności;
- 5) omawianie wniosków z analiz z kierownikami ośrodków kosztowych i dyscyplinowanie w celu racjonalizowania wydatków;
- 6) kontrolowanie komórek w zakresie prawidłowości, gospodarności generowanych kosztów;
- 7) podejmowanie działań niezbędnych do pełnego wykorzystania dostępnych w Szpitalu narzędzi informatycznych;
- 8) opracowanie założeń procesu budżetowania i wdrożenie budżetowania;

- 9) opracowanie budżetów komórek organizacyjnych i bieżące monitorowanie realizacji budżetów przez kierowników komórek objętych budżetowaniem;
 - 10) koordynowanie działań benchmarkingowych - tworzenie raportów porównawczych komórek organizacyjnych na poziomie wewnętrznym Szpitala oraz dążenie do porównań wystandaryzowanych wskaźników w większej grupie Szpitali.
3. W przypadku nieobsadzenia stanowiska Dyrektora ds. Ekonomicznych, zadania wymienione w ust. 2 realizuje Prezes Zarządu.
 4. Główny Księgowy kieruje Działem Finansowo-Księgowym, prowadzi gospodarkę finansowo-księgową Szpitala i współuczestniczy w dysponowaniu środkami Szpitala. Do jego zadań należy, w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami, poprzez zorganizowanie i doskonalenie sporządzania, przyjmowania, obiegu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych i ochronę mienia Szpitala;
 - 2) zorganizowanie systemu wewnętrznej informacji finansowej;
 - 3) prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa Zarządu oraz obowiązującymi zasadami i przepisami prawa;
 - 4) analiza gospodarki finansowej;
 - 5) dokonywanie wstępnej, bieżącej i następnej kontroli operacji gospodarczych;
 - 6) opracowywanie projektów planów finansowych i inwestycyjnych Szpitala we współpracy z Działem Technicznym i Działem Logistyki oraz nadzór nad ich realizacją;
 - 7) organizowanie pracy podległego działu, instruowanie pracowników i ich szkolenie;
 - 8) określanie zasad, według których mają być wykonywane przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala prace niezbędne do zapewnienia prawidłowej gospodarki finansowej oraz księgowości, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej;
 - 9) udział w negocjacjach i renegocjacjach warunków umów o świadczenia zdrowotne prowadzonych z Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
 5. Naczelna Pielęgniarka organizuje i nadzoruje opiekę pielęgniarską, pracę średniego personelu medycznego oraz współdziała w zakresie tej opieki ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
 6. Naczelna Pielęgniarka prowadzi także sprawy związane z utrzymaniem czystości i odpowiedniego poziomu higieny oraz żywieniem w Szpitalu.
 7. Pracą podległego personelu Naczelna Pielęgniarka kieruje przy pomocy pielęgniarek oddziałowych i koordynujących oraz innych pracowników zajmujących stanowiska równorzędne.
 8. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy, w szczególności:
 - 1) określanie strategii rozwoju praktyki pielęgniarskiej w Szpitalu;
 - 2) ocenianie jakości opieki pielęgniarskiej w Szpitalu w zakresie świadczonych usług, metod organizowania opieki nad chorym;
 - 3) wdrażanie, monitorowanie i ocenianie standardów postępowania pielęgniarskiego;
 - 4) kontrolowanie przestrzegania przez podległy personel Regulaminu pracy Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz regulaminów stanowisk pracy;
 - 5) kontrolowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarek;
 - 6) prowadzenie badań satysfakcji pacjentów;
 - 7) określanie i ocenianie organizacji pracy i wyposażenia pielęgniarskich stanowisk

- pracy;
- 8) określanie potrzeb kadrowych i pozyskiwanie nowych pracowników;
 - 9) planowanie rozwoju zawodowego podległego personelu;
 - 10) współpraca ze szkołami medycznymi w zakresie realizacji szkolenia praktycznego słuchaczy i studentów w Szpitalu;
 - 11) działania w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych;
 - 12) udział w nadzorowaniu i monitorowaniu stanu higienicznego Szpitala;
 - 13) kontrola gospodarki bielizną szpitalną;
 - 14) nadzór nad żywieniem pacjentów w Szpitalu;
 - 15) koordynowanie staży podyplomowych pielęgniarek;
 - 16) realizowanie, monitoring i ocena programu poprawy jakości w Szpitalu, jako Pełnomocnik ds. Jakości.

§ 27.

1. W ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych funkcjonują następujące pododdziały:

- 1) Pododdział Chorób Układu Krążenia, do zadań którego należy, w szczególności:
 - a) specjalistyczna diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia,
 - b) diagnostyka choroby niedokrwiennej serca: elektrokardiograficzna, w tym próba wysiłkowa, echokardiograficzna (próba dobutaminowa, dipirydamolowa i inne), izotopowa (badanie serca spoczynkowe, wysiłkowe oraz po podaniu leków z użyciem technetu),
 - c) wykonywanie echokardiografii przezprzełykowej,
 - d) kwalifikacja pacjentów do stałej elektroterapii (rozzruszniki serca),
 - e) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala,
- 2) Pododdział Endokrynologii, do zadań którego należy, w szczególności:
 - a) specjalistyczna diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem chorób endokrynologicznych i metabolicznych, w tym m.in.: diagnostyka przyczyn hormonalnych nadciśnienia tętniczego, diagnostyka i leczenie orbitopatii, diagnostyka obrazowa i hormonalna guzków przysadki, diagnostyka hormonalna niepłodności, diagnostyka hormonalna otyłości,
 - b) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala,
- 3) Pododdział Gastroenterologii, do zadań którego należy, w szczególności:
 - a) specjalistyczna diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu pokarmowego oraz chorób metabolicznych, w tym: nieswoistych zapaleń jelit, kompleksowa diagnostyka schorzeń wątroby,
 - b) kwalifikacja do badań i zabiegów endoskopowych,
 - c) kwalifikacja do leczenia biologicznego w chorobach Leśniowskiego - Crohna i wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego,
 - d) diagnostyka i leczenie krwawień z przewodu pokarmowego,
 - e) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala,
- 4) Pododdział Diabetologii i Nefrologii, do zadań którego należy, w szczególności:
 - a) specjalistyczna diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem stanów dekompensacji cukrzycy i powikłań cukrzycy,
 - b) kwalifikacja do terapii pompą insulinową,
 - c) kwalifikacja do leczenia zabiegowego stopy cukrzycowej,

- d) kompleksowe wdrażanie leczenia cukrzycy, w tym edukacja pacjentów i ich opiekunów,
- e) specjalistyczna diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie schorzeń nefrologicznych oraz chorób wewnętrznych,
- f) dokonywanie kwalifikacji do przeszczepów nerek u chorych dializowanych,
- g) wykonywanie zespołów A-V, zakładanie cewników dializacyjnych ostrych i permanentnych,
- h) diagnostyka schorzeń i powikłań towarzyszących hemodializom,
- i) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala.

2. Do zadań Oddziału Hematologii i Onkologii Hematologicznej należy, w szczególności:

- 1) świadczenie usług medycznych w zakresie:
 - a) diagnostyki i leczenia chorób krwi i układu krwiotwórczego,
 - b) farmakologicznego leczenia schorzeń narządów wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krwiotwórczego, w tym układowych chorób rozrostowych, to jest leczenie cytostatyczne, immunomodulujące, przygotowanie do przeszczepu szpiku, plazmafereza,
 - c) chemioterapii pacjentów onkologicznych z przewlekłymi i ostrymi białaczkami, szpiczakiem, chłoniakami lub zespołami przednowotworowymi (tzw. zespołami mielodysplastycznymi),
 - d) leczenia nagłych stanów hematologicznych i onkologii hematologicznej,
- 2) kontynuacja leczenia przewlekle chorych hematologicznie z Poradni Hematologicznej;
- 3) realizacja programów terapeutycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala.

3. Do zadań Oddziału Chorób Zakaźnych należy w szczególności:

- 1) obserwacja i diagnostyka pacjentów z podejrzeniem zarażenia chorobą zakaźną oraz leczenie pacjentów ze stwierdzoną chorobą zakaźną;
- 2) diagnostyka i leczenie chorób pasożytniczych, infekcji ośrodkowego układu nerwowego u dorosłych i dzieci, chorób jelit i zatruc pokarmowych, zapalenia i marskości wątroby;
- 3) diagnostyka w zakresie: badań immunologicznych, badań wirusologicznych, badań histopatologicznych biopsji wątroby, USG, EKG, punkcji łądźwiowych;
- 4) kwalifikowanie osób do wyjazdu do krajów tropikalnych;
- 5) profilaktyka poekspozycyjna;
- 6) konsultacje i szczepienia przeciwko wściekliźnie;
- 7) realizacja programów terapeutycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 8) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala.

4. Do zadań Oddziału Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Dziennym należy w szczególności:

- 1) leczenie pacjentów w zakresie chorób skóry, błon śluzowych, włosów, paznokci;
- 2) diagnostyka mykologiczna i alergologiczna, diagnostyka immunologiczna w chorobach pęcherzowych i chorobach tkanki łącznej, badania dermatoskopowe zmian skórnych;

- 3) leczenie nowotworów skóry: chłoniaków skóry, czerniaków nieczerniakowych nowotworów skóry i stanów przedrakowych;
 - 4) leczenie pacjentów z przewlekłymi chorobami dermatologicznymi (np. łuszczyca, atopowe zapalenie skóry (AZS), łysienie plackowate, bielactwo) w trybie leczenia dziennego;
 - 5) diagnostyka chorób przenoszonych drogą płciową oraz prowadzenie Centralnej Kartoteki Chorób Wenerycznych dla województwa opolskiego;
 - 6) światłolecznictwo (PUVA, SUP), laseroterapia, krioterapia, elektrokoagulacja zmian na błonach śluzowych;
 - 7) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala.
5. W ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej funkcjonuje Pododdział Leczenia Stopy Cukrzycowej.
- 1) Do zadań Oddziału Chirurgii Ogólnej należy, w szczególności:
 - a) leczenie chirurgiczne w trybie pilnym i planowym,
 - b) leczenie zabiegowe metodą laparoskopową i tradycyjną,
 - c) leczenie operacyjne chorób układu pokarmowego łącznie z nowotworami,
 - d) leczenie operacyjne schorzeń gruczołów wydzielania zewnętrznego (operacje endokrynologiczne) łącznie z nowotworami,
 - e) operacje żyłaków kończyn dolnych,
 - f) diagnostyka i usuwanie guzków, znamion skóry, guzów piersi oraz rekonstrukcje piersi,
 - g) diagnostyka i leczenie operacyjne chorób nowotworowych układu oddechowego,
 - h) diagnostyka w zakresie: USG, gastrokopii, rektoskopii, laparoskopii,
 - i) badania dopplerowskie układu żylnego, pletyzmografie,
 - j) leczenie urazów wielonarządowych z możliwością zabezpieczenia pacjenta w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - k) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala,
 - 2) Do zadań Pododdziału Leczenia Stopy Cukrzycowej należy w szczególności:
 - a) leczenie pacjentów ze stopą cukrzycową, u których rewaskularyzacja obwodowa wpłynie i przyspieszy gojenie ran obwodowych,
 - b) ustalenie schematów leczenia zachowawczego pacjentów ze stopą cukrzycową, u których rewaskularyzacja jest niemożliwa,
 - c) konsultacja i diagnostyka przedoperacyjna pacjentów leczonych ambulatoryjnie.
6. Do zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy, w szczególności:
- 1) zabezpieczenie postępowania terapeutycznego chorych w stanie zagrożenia życia, w tym leczenie niewydolności narządowych: oddechowej, krążeniowej i innych;
 - 2) znieczulenia do zabiegów diagnostycznych i operacyjnych;
 - 3) prowadzenie pacjentów wymagających intensywnej terapii;
 - 4) konsultowanie pacjentów w zakresie reprezentowanej specjalności w oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia na Oddziale.
7. Do zadań Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej należy, w szczególności:
- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami i pourazowymi uszkodzeniami układu kostno-stawowego, w tym: zmian urazowych kończyn górnych, dolnych, miednicy i głowy, zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających narządu ruchu, między innymi, przy użyciu endoprotez, powikłań pourazowych narządu ruchu;
 - 2) amputacje;
 - 3) leczenie ostrych i przewlekłych stanów zapalnych kości, stawów i tkanek miękkich;

- 4) leczenie schorzeń reumatoidalnych, nabytych wad układu narządu ruchu;
 - 5) leczenie dzieci z wadami w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego, przepukliny oponowo-rdzeniowej;
 - 6) diagnostyka artroskopowa;
 - 7) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala;
 - 8) świadczenie usług z zakresu rehabilitacji osób po przebytym leczeniu na Oddziale.
8. Do zadań Oddziału Pulmonologii należy, w szczególności:
- 1) leczenie nowotworów płuca (chemioterapia, radioterapia, brachyterapia);
 - 2) leczenie chorób układu oddechowego, między innymi: astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby oskrzelowo-płucnej, zatorowości płucnej, sarkoidozy płuc;
 - 3) diagnostyka w zakresie: bronchofiberoskopii, nakłuć opłucnej, biopsji transtorakalnych, bronchoaspiracji drzewa oskrzelowego, płukania oskrzelikowo-pęcherzykowe (BAL), badań spirometrycznych;
 - 4) usuwanie ciał obcych z drzewa oskrzelowego;
 - 5) doopłucnowe podawanie antybiotyków i cytostatyków;
 - 6) kwalifikacje pacjentów do domowego leczenia tlenem;
 - 7) kinezyterapia oddechowa;
 - 8) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala.
9. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy, w szczególności:
- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia powstałym w wyniku wypadku, urazu, zatrucia;
 - 2) wstępna diagnostyka i leczenie ratunkowe pacjentów;
 - 3) podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia;
 - 4) pomoc ofiarom katastrof, zgodnie z założeniami wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego;
 - 5) nadzór merytoryczny i analiza funkcjonowania systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym Oddziału;
 - 6) współdziałanie z innymi służbami ratowniczymi w ramach systemu zintegrowanego ratownictwa,
 - 7) szkolenie w zakresie medycyny ratunkowej;
 - 8) organizacja transportu dla pacjentów Oddziału do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku konieczności leczenia;
 - 9) przyjmowanie pacjentów na oddziały szpitalne w ramach przyjęć nieplanowych i nagłych.
10. Do zadań Izby Przyjęć należy, w szczególności:
- 1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się ze skierowaniem do Szpitala;
 - 2) przyjmowanie w ramach przyjęć planowych na oddziały szpitalne pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie;
 - 4) współpraca z poszczególnymi oddziałami Szpitala;
 - 5) organizowanie transportu pacjentów z Izby Przyjęć na oddziały szpitalne w zależności od stanu chorobowego pacjenta;
 - 6) organizacja transportu do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub do domu pacjenta w razie takiej potrzeby;

- 7) przechowywanie przedmiotów, rzeczy osobistych, w tym wartościowych pacjenta w trakcie jego hospitalizacji, zgodnie z zasadami określonymi w procedurze Nadzór nad rzeczami pacjenta.
11. Do zadań Stacji Dializ należy przygotowanie do zabiegów i wykonywanie zabiegów leczenia nerkozastępczego (hemodializa).
12. Do zadań Bloku Operacyjnego należy, w szczególności:
 - 1) wykonywanie zabiegów operacyjnych planowych z zakresu chirurgii i ortopedii;
 - 2) wykonywanie zabiegów operacyjnych trybie pilnym w czasie, tak zwanych, „dyżurów ostrych”;
 - 3) utrzymywanie w gotowości i przygotowywanie sal operacyjnych, aparatury i sprzętu medycznego do zabiegów operacyjnych;
 - 4) przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych;
 - 5) współpraca z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych;
 - 6) opieka nad pacjentami po zabiegach, wymagającymi czasowo monitorowania najważniejszych czynności życiowych na sali pooperacyjnej, znajdującej się na Bloku Operacyjnym.
13. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy, w szczególności:
 - 1) przyjmowanie narzędzi chirurgicznych, zestawów, bielizny operacyjnej i materiałów opatrunkowych i segregacja przyjętego materiału ze względu na sposób segregacji;
 - 2) dekontaminacja i oczyszczanie sprzętu przed wykonaniem procesu dezynfekcji i mycia;
 - 3) poddawanie procesowi mycia i dezynfekcji dostarczonego materiału;
 - 4) kontrola jakości posiadanych narzędzi (renowacja, kasacja), kompletowanie narzędzi w sitach w zestawy zgodnie ze specyfikacją;
 - 5) poddawanie procesowi sterylizacji kompletnych zestawów i opakowanych pojedynczych narzędzi;
 - 6) przeprowadzanie zgodnie z procedurą kontroli mikrobiologicznej urządzeń sterylizacyjnych;
 - 7) współpraca z oddziałami szpitalnymi i Blokiem Operacyjnym w zakresie przygotowania materiału do sterylizacji.
14. Do zadań Pracowni Endoskopowej i Diagnostyki Układu Pokarmowego należy, w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań endoskopowych przewodu pokarmowego i układu oddechowego;
 - 2) wykonywanie badań manometrii przełykowej i anorektalnej;
 - 3) pobieranie materiału do badań histopatologicznych i testów urazowych;
 - 4) przygotowanie i przechowywanie materiału do badań.
15. Do zadań Działu Rehabilitacji należy, w szczególności:
 - 1) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u chorych przebywających w oddziałach szpitalnych;
 - 2) wykonywanie zleconych zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej;
 - 3) ścisła współpraca personelu Działu z personelem oddziałów szpitalnych;
 - 4) dbałość o sprzęt rehabilitacyjny znajdujący się na stanie Działu.

16. Do zadań Apteki Szpitalnej należy, w szczególności:
- 1) utrzymywanie i właściwe przechowywanie zapasów leków, środków dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych, płynów infuzyjnych;
 - 2) zaopatrywanie komórek działalności podstawowej Szpitala w środki farmaceutyczne, płyny infuzyjne, środki dezynfekcyjne i materiały medyczne;
 - 3) zaopatrywanie podmiotów wykonujących działalność medyczną w leki i artykuły sanitarne na podstawie stosownych umów;
 - 4) wytwarzanie leków recepturowych łącznie ze spirytusem skażonym i formaliną;
 - 5) nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach szpitalnych i poradniach;
 - 6) sprawowanie kontroli przychodu i rozchodu środków odurzających i psychotropowych;
 - 7) prowadzenie działalności informacyjnej w zakresie leków będących w dyspozycji Apteki na potrzeby pracowników medycznych;
 - 8) prowadzenie i aktualizacja Receptariusza szpitalnego;
 - 9) nadzór nad realizacją indywidualnych zgód NFZ na rozliczenie kosztów leczenia.
17. W ramach Działu Diagnostyki Obrazowej funkcjonują: Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia RTG Nr 1, Pracownia RTG Nr 2 oraz Pracownia USG. Do zadań Działu należy, w szczególności:
- 1) wykonywanie badań z zakresu diagnostyki obrazowej (USG, RTG, tomografia komputerowa) zlecanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów;
 - 2) opisywanie badań wykonanych poza Szpitalem;
 - 3) prowadzenie szkoleń.
18. W ramach Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej funkcjonują:
- 1) Laboratorium Analityczne, do zadań którego należy, w szczególności:
 - a) pobieranie materiału do badań laboratoryjnych z zakresu: biochemii, hemostazy, hematologii, analityki ogólnej, immunochemicznych,
 - b) wykonywanie badań zlecanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów,
 - c) wykonywanie konsultacyjnych ocen rozmazu krwi obwodowej,
 - d) uczestnictwo w Zewnętrznych Programach Kontroli Jakości Badan celem zapewnienia wiarygodności uzyskanych wyników;
 - 2) Laboratorium Mikrobiologiczne, do zadań którego należy, w szczególności:
 - a) wykonywanie badań serologicznych, bakteriologii ogólnej, bakterioskopii, posiewów i antybiogramów zlecanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów,
 - b) uczestnictwo w programie zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
19. W ramach Zespołu Wojewódzkich Poradni Specjalistycznych funkcjonują:
- 1) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób płuc i nowotworów,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami płuc i nowotworami,
 - c) diagnostyka i leczenie chorób alergicznych oraz odczulanie,
 - d) badanie czynnościowe płuc (spirometria),

- e) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z przewlekłymi chorobami płuc i oskrzeli,
- 2) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami narządu ruchu będących następstwem urazów oraz schorzeń tego narządu,
 - c) diagnostyka i leczenie wad wrodzonych stawów biodrowych i stóp u dzieci,
 - d) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami narządu ruchu,
- 3) Poradnia Hematologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu krwiotwórczego,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami układu krwiotwórczego,
 - c) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami układu krwiotwórczego;
- 4) Poradnia Hematologii i Onkologii Dziecięcej, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia,
 - b) prewencja i wczesne wykrywanie chorób onkologicznych dotyczących guzów litych i rozrostów hematologicznych,
 - c) diagnostyki schorzeń hematologicznych nie związanych z rozrostem: anemie, wrodzone zaburzenia krzepnięcia (hemofilia A i B, choroba von Willebranda),
 - d) realizację programu profilaktyki w hemofilii i innych wrodzonych zaburzeniach krzepnięcia u dzieci,
- 5) Poradnia Sportowa, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiającym sport amatorski oraz zawodnikom pomiędzy 21, a 23 rokiem życia,
 - b) udzielanie porad w zakresie medycyny sportowej,
 - c) wydawanie orzeczeń uprawniających do udziału w treningach i zawodach sportowych,
 - d) prewencja i wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu,
 - e) świadczenia konsultacyjne w zakresie medycyny sportowej,
- 6) Poradnia Skórno-Wenerologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób skóry, błon śluzowych, włosów,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów,
 - c) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami skóry, błon śluzowych, włosów,
 - d) diagnostyka i leczenie chorób wenerycznych,
- 7) Poradnia Diabetologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie cukrzycy,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z cukrzycą oraz chorobami współistniejącymi z cukrzycą,
 - c) edukacja pacjentów z zakresu żywienia,
 - d) edukacja i szkolenie pacjentów z zakresu rodzaju i sposobów podawania insuliny;
- 8) Poradnia Kardiologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu sercowo-naczyniowego,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu naczyniowo-sercowego,
- 9) Poradnia Endokrynologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu dokrewnego,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu dokrewnego,
 - c) wykonywanie badań USG i punkcji cienkoigłowych tarczycy;
- 10) Poradnia Gastroenterologiczna, do zadań której należy, w szczególności:

- a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu pokarmowego,
 - b) świadczenia konsultacyjne i leczenie pacjentów z chorobami układu pokarmowego,
 - c) diagnostyka przewodu pokarmowego - USG, endoskopia, pobieranie wycinków;
- 11) Poradnia Reumatologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
- a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób reumatycznych i osteoporozy,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami reumatycznymi,
 - c) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami reumatycznymi;
- 12) Poradnia Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, do zadań której należy, w szczególności:
- a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych,
 - b) diagnostyka, leczenie i kontrola pacjentów z chorobą nowotworową,
 - c) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi,
 - d) przygotowywanie i kwalifikacja chorych do operacji oraz prowadzenie chorych po zabiegach operacyjnych,
 - e) diagnostyka i leczenie świeżych i przewlekłych ran, owrzodzeń żyłakowych
 - f) opieka poszpitalna dla kobiet po mastektomii,
- 13) Poradnia Chorób Zakaźnych, do zadań której należy, w szczególności:
- a) prewencja i wczesne wykrywanie chorób zakaźnych,
 - b) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami wątroby, pasożytniczymi i odzwierzęcymi,
 - c) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami wątroby, chorobami pasożytniczymi i odzwierzęcymi,
- 14) Poradnia Leczenia i Badania Bólu, do zadań której należy, w szczególności:
- a) udzielanie porad i konsultacji chorym z bólem ostrym o dużym prawdopodobieństwie przejścia w stan przewlekły (np. neuralgia, ból w przebiegu półpaśca), przewlekłym oraz zaawansowanym, nie poddającym się leczeniu przyczynowemu,
 - b) wykonywanie zabiegów inwazyjnych (blokady, zabiegi niszczenia nerwów),
- 15) Poradnia Nefrologiczna, do zadań której należy, w szczególności:
- a) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami nerek,
 - b) diagnozowanie i leczenie zakażeń układu moczowego,
 - c) leczenie przewlekłej niewydolności nerek,
- 16) Poradnia Chorób Metabolicznych, do zadań której należy, w szczególności:
- a) kompleksowa opieka profilaktyczna i diagnostyczno - lecznicza w zakresie chorób metabolicznych,
 - b) profilaktyka, diagnostyka i leczenie następujących stanów chorobowych: zaburzenia gospodarki węglowodanowej, w tym stany przedcukrzycowe, zaburzenia gospodarki lipidowej, w tym problemy związane z miażdżycą, zaburzenia przemiany białkowej, nadwaga i otyłość, stany niedożywienia, zaburzenia gospodarki wapniowej, w tym osteoporoza i inne zaburzenia tkanki kostnej, choroby przytarczyc, inne choroby metaboliczne, jak na przykład niedobory magnezu, potasu, cynku, miedzi,
- 17) Poradnia Profilaktyki i Promocji Zdrowia, do zadań której należy, w szczególności:
- a) działania promujące zdrowie, zmierzające do zmiany stylu życia na prozdrowotny wśród mieszkańców Opolszczyzny oraz poszerzenie wiedzy na temat istoty choroby, leczenia, pielęgnowania pacjentów z określonymi schorzeniami,
 - b) prowadzenie programów profilaktycznych,
 - c) usługi z zakresu medycyny pracy,
 - d) prowadzenie badań przesiewowych, profilaktyki pierwotnej schorzeń cywilizacyjnych,

- e) profilaktyczne akcje szczepień, na przykład przeciw grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu,
 - f) aktywizacja ruchowa społeczeństwa,
- 18) Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza HIV/AIDS, do zadań której należy, w szczególności:
- a) diagnostyka i leczenie osób z HIV,
 - b) prowadzenie leczenia antyretrowirusowego chorych z AIDS,
- 19) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe, w których przeprowadzane są procedury zabiegowe w warunkach ambulatoryjnych,
- 20) Pracownia Diagnostyki Układu Krążenia, do zadań której należy, w szczególności:
- a) diagnostyka schorzeń serca i układu krążenia,
 - b) wykonywanie badań UKG, EKG, prób wysiłkowych i badań Holtera zleczanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów,
- 21) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem, do zadań której należy, w szczególności:
- a) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie domowej tlenoterapii,
 - b) kwalifikowanie pacjenta do przewlekłego leczenia tlenem w warunkach domowych,
 - c) kompleksowa opieka nad pacjentem, w tym wizyty domowe i kontrole w Poradni,
 - d) zabezpieczenie pacjenta w koncentrator tlenu.
20. Do zadań Ośrodka Rehabilitacji Diennej należy, w szczególności:
- 1) udzielanie porad lekarskich i porad psychologicznych;
 - 2) rehabilitacja pacjentów po mastektomii;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych w zakresie: kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego.
21. W ramach Zakładu Medycyny Nuklearnej funkcjonują:
- 1) Poradnia Medycyny Nuklearnej, do zadań której należy, w szczególności:
 - a) kwalifikacja, leczenie i kontrole po podaniu radiojodu w nadczynności tarczycy i wolu olbrzymim,
 - b) kwalifikacja, leczenie i kontrole po leczeniu strontem lub samarem przerzutów nowotworowych do kości,
 - c) kwalifikacja, leczenie i kontrole po synowiortezy izotopowej,
 - d) porady konsultacyjne w zakresie diagnostyki i terapii w dziedzinie medycyny nuklearnej,
 - 2) Pracownia Scyntygrafii, do zadań której należy, w szczególności:
 - 1) diagnostyka izotopowa;
 - 2) badania scyntygraficzne tarczycy, przytarczyc, kości, nerek, płuc, ślinianek, wątroby, śledziony, mięśnia sercowego, limfoscyntygrafia, angiokardiografia izotopowa;
 - 3) Pracownia Przygotowania Radiofarmaceutyków, do zadań której należy, w szczególności znakowanie i porcjowanie radiofarmaceutyków oraz przygotowanie ich do podania pacjentom.
22. Do zadań Epidemiologa Szpitalnego należy, w szczególności:
- 1) organizacja i kontrola funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz opracowywanie i aktualizacja procedur i instrukcji sanitarno-epidemiologicznych, wraz z nadzorem nad ich przestrzeganiem;

- 2) bieżące monitorowanie, rejestracja i analiza zakażeń zakładowych;
- 3) opracowanie i aktualizacja receptariusza antybiotykowego stanowiącego część Receptariusza szpitalnego;
- 4) przeprowadzanie wewnętrznych kontroli sanitarno-epidemiologicznych;
- 5) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
- 6) nadzór nad czystością pomieszczeń Szpitala;
- 7) współpraca ze stanowiskiem ds. BHP w zakresie przestrzegania zasad higieny i ochrony pracowników Szpitala;
- 8) współpraca ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w zakresie zgłaszania podejrzeń i zachorowań na choroby zakaźne.

23. Do zadań Działu Higieny Szpitalnej i Transportu Wewnątrzszpitalnego należy, w szczególności:

- 1) utrzymanie prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego w obiektach Szpitala;
- 2) transport posiłków z kuchni szpitalnej do oddziałów, dostarczanie posiłków chorym, zbieranie i mycie naczyń, sztućców oraz ich sterylizacja lub wyparzenie, zbieranie odpadów pokonsumpcyjnych i dostarczanie do ich miejsca składowania, utrzymanie na właściwym poziomie stanu sanitarno-higienicznego kuchenek oddziałowych;
- 3) prowadzenie gospodarki bielizną szpitalną;
- 4) selektywne zbieranie odpadów medycznych i komunalnych, przygotowanie ich do transportu i ekspedycja do miejsca składowania;
- 5) zapewnienie na terenie Szpitala transportu pacjentów, materiału biologicznego i wyników badań, materiału medycznego, aparatury medycznej i różnych sprzętów oraz środków i materiałów między komórkami organizacyjnymi, transport leków cytostatycznych między oddziałami, realizacja dla oddziałów szpitalnych, Bloku Operacyjnego, zapotrzebowań na krew i preparaty krwiopochodne.

§ 28.

1. Do zadań Działu Spraw Pracowniczych i Organizacji należy, w szczególności:

- 1) w zakresie spraw pracowniczych:
 - a) planowanie i bilansowanie potrzeb kadrowych, raporty o stanie kadr oraz realizacja polityki kadrowej ustalonej przez Prezesa Zarządu,
 - b) zadania z zakresu rekrutacji, doboru i rozmieszczenia pracowników,
 - c) organizowanie konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i ich dokumentowanie,
 - d) prowadzenie akt osobowych pracowników,
 - e) ewidencjonowanie czasu pracy i kontrolowanie dyscypliny pracy,
 - f) opracowanie i aktualizowanie zakładowych regulaminów pracy, wynagradzania, premiowania oraz świadczeń socjalnych,
 - g) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych, w sprawach planów szkoleń i spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji,
 - h) programowanie, nadzór oraz realizacja świadczeń socjalnych na rzecz uprawnionych,
 - i) współpraca z działającymi na terenie Szpitala organizacjami związkowymi w sprawach pracowniczych,
- 2) w zakresie płac i zasiłków:
 - a) sporządzanie list płatniczych obejmujących wynagrodzenia, zasiłki, ekwiwalenty i innych świadczeń pracowniczych,
 - b) obliczanie zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych od wypłacanych pracownikom wynagrodzeń i innych świadczeń z tytułu zatrudnienia w Szpitalu i przesyłanie w tym zakresie informacji urzędom skarbowym,
 - c) prowadzenie dokumentacji i obliczanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego (zasiłki chorobowe, rodzinne, opiekuńcze, porodowe, pogrzebowe, wychowawcze,

- rehabilitacyjne, wyrównawcze i inne),
 - d) naliczanie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne od wypłacanych pracownikom wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia w Szpitalu i przesyłanie w tym zakresie informacji do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - e) sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniu do ustalania podstawy wymiaru kapitału początkowego, emerytury i renty,
- 3) w zakresie uczestnictwa Szpitala w programach jakościowych, akredytacji oraz utrzymania standardów jakości:
- a) prowadzenie badań satysfakcji pracowników,
 - b) realizacja strategii personalnej w Szpitalu poprzez określanie zakresów obowiązków, opisów stanowisk, prowadzenie ocen pracowników,
 - c) określanie potrzeb szkoleniowych, opracowywanie harmonogramów szkoleń oraz wspieranie w realizacji obowiązku pracodawcy w podnoszeniu kwalifikacji przez pracowników,
 - d) opracowywanie programów adaptacji zawodowej,
- 4) w zakresie organizacji:
- a) załatwianie spraw i prowadzenie dokumentacji związanej z ubieganiem się przez Szpital o wpis na listę Ministra Zdrowia jednostek prowadzących specjalizacje i staże kierunkowe
 - b) prowadzenie dokumentacji dotyczącej skarg i wniosków wnoszonych przez pracowników,
 - c) prowadzenie i aktualizacja portalu świadczeniodawców w zakresie danych dot. personelu i harmonogramu pracy komórek organizacyjnych Szpitala,
- 5) obsługa sekretariatu Szpitala.
2. Do zadań Działu Żywienia należy, w szczególności:
- 1) organizacja pracy zespołu dietetyków, a w szczególności:
 - a) nadzór nad przygotowywaniem i wydawaniem posiłków na oddziały,
 - b) sprawdzanie towaru pobranego z magazynu żywnościowego do kuchni pod względem jakościowym,
 - c) sprzedaż kart obiadowych dla personelu i rozliczanie kasy,
 - 2) prowadzenie poradnictwa dietetycznego;
 - 3) organizacja pracy kucharzy i pomocy kuchennych, a w szczególności:
 - a) sporządzanie i wydawanie posiłków w rozbiciu na poszczególne diety,
 - b) stałe utrzymywanie czystości pomieszczeń kuchennych i sprzętu znajdującego się na wyposażeniu kuchni,
 - c) pobieranie towaru z magazynu żywnościowego, sprawdzenie go pod względem jakościowym i ilościowym, prawidłowa segregacja i przechowywanie,
 - d) sporządzanie i wydawanie potraw do bufetu i obiadów dla personelu Szpitala,
 - 3) nadzór nad procesami dezynsekcji i deratyzacji w Szpitalu.
3. Do zadań Działu Technicznego należy utrzymanie w stanie sprawności technicznej obiektów, instalacji: elektrycznych, wodociągowych, kanalizacyjnych i ogrzewania, urządzeń łączności alarmowej, sygnalizacyjnych oraz sprzętu i aparatury medycznej stanowiących wyposażenie komórek organizacyjnych Szpitala, a w szczególności:
- a) przeprowadzanie kompleksowych przeglądów obiektów Szpitala,
 - b) uzgadnianie oraz przygotowywanie planów remontów obiektów i zapotrzebowań materiałów budowlanych,
 - c) nadzór nad realizacją remontów i inwestycji,
 - d) nadzór nad realizacją zleceń zewnętrznych,
 - e) utrzymanie obiektów w należytej sprawności technicznej, usuwanie na bieżąco wszystkich awarii i usterek wynikłych w trakcie eksploatacji obiektów:
 - f) nadzór nad prawidłową gospodarką paliwowo-energetyczną,

- g) prowadzenie analizy zużycia mediów dokonywanie przeglądów i czynności konserwacyjnych instalacji i urządzeń elektrycznych,
- h) rozliczanie pracowników z materiałów pobranych z magazynu, dbałość o należytą gospodarkę materiałami i narzędziami,
- i) nadzór nad eksploatacją i konserwacją urządzeń dźwigowych,
- j) nadzór nad konserwacją i naprawami sprzętu medycznego,
- k) nadzór nad prawidłowym odbiorem ścieków,
- l) prowadzenie ksiąg obiektów, przechowywanie dokumentacji projektowej, realizacji remontów i inwestycji,
- m) uczestniczenie w prowadzeniu przez Radcę prawnego spraw związanych z realizacją uprawnień Szpitala, wynikających z umów ubezpieczenia aparatury, urządzeń i sprzętu medycznego.

4. Do zadań Działu Logistyki należy, w szczególności:

- 1) w zakresie zaopatrzenia:
 - a) opracowywanie planów potrzeb zakupów materiałów na podstawie składanych zapotrzebowań z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
 - b) sporządzanie zamówień zgodnie z podpisanymi umowami na faktyczną ilość potrzebnego asortymentu,
 - c) bieżące kontrolowanie stanów magazynowych i uzupełnianie o brakujące artykuły,
- 2) zabezpieczenie przewozów posiadanymi środkami transportowymi;
- 3) w zakresie ochrony środowiska:
 - a) prowadzenie prawidłowej polityki jakości dotyczącej Systemu Zarządzania Środowiskowego w Szpitalu według Normy ISO 14001:2004;
 - b) prowadzenie analizy zużycia mediów i odpadów,
 - c) uzyskiwanie pozwoleń, decyzji i ocen w zakresie środowiska oraz nadzór nad ich aktualizacją,
 - d) prowadzenie prawidłowej gospodarki odpadami,
 - e) pozyskiwanie środków z funduszy pomocowych na realizację przedsięwzięć Szpitala związanych z ochroną środowiska, przygotowywanie i nadzorowanie ich realizacji oraz rozliczanie,
 - f) opieka nad terenami zielonymi Szpitala oraz nadzór nad ich rekultywacją,
 - g) prowadzenie edukacji proekologicznej dotyczącej Szpitala,
- 4) przeprowadzanie postępowań o udzielanie zamówień publicznych;
- 5) organizacja pracy podległych magazynów;
- 6) ewidencja i gospodarka nieruchomościami;
- 7) ewidencja i nadzór nad mieniem Szpitala;
- 8) nadzór i gospodarka pomieszczeniami we wszystkich obiektach Szpitala, wraz z terenami zielonymi;
- 9) prowadzenie spraw związanych z administracją i nadzorem infrastruktury sprzętowo-informatycznej Szpitala;
- 10) uczestniczenie w prowadzeniu przez radcę prawnego spraw związanych z realizacją uprawnień Szpitala, wynikających z umów ubezpieczenia budynków Szpitala.

5. Do zadań Dział Informatyki należy, w szczególności:

- 1) ustalanie kierunków działań i koordynowanie przedsięwzięć informatycznych w Szpitalu;
- 2) administrowanie siecią informatyczną i bazami danych, wraz z koordynacją przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala;
- 3) współdziałanie z innymi jednostkami w zakresie organizowania i stosowania informatyki oraz organami samorządu terytorialnego, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wprowadzania nowych

- programów;
- 4) bieżące utrzymanie infrastruktury IT oraz oprogramowania informatycznego;
 - 5) inicjowanie i organizowanie szkoleń pracowników Szpitala w zakresie stosowanych programów;
 - 6) zapewnienie ochrony i bezpieczeństwa danych zawartych w zbiorach systemu informatycznego Szpitala przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji;
 - 7) koordynowanie wdrażania i utrzymywania Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w Szpitalu według Normy ISO 27001:2013;
 - 8) prowadzenie strony internetowej i BIP Szpitala.

6. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy, w szczególności:

- 1) określanie przy współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala potrzeb rzeczowo-finansowych Szpitala;
- 2) opracowywanie projektów planu rzeczowo-finansowego Szpitala oraz wprowadzenie do niego zmian zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 3) sporządzanie okresowych analiz i sprawozdań z realizacji planu rzeczowo-finansowego Szpitala;
- 4) prowadzenie ewidencji ilościowo - wartościowej materiałów na kontach syntetycznych i analitycznych;
- 5) uzgadnianie ewidencji ilościowo-wartościowej materiałów z ich stanem magazynowym;
- 6) prowadzenie ksiąg inwentarzowych środków trwałych i środków o charakterze wyposażenia Szpitala;
- 7) sporządzanie kalkulacji kosztów utrzymania Szpitala i bieżąca jej analiza;
- 8) prowadzenie księgowości Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
- 9) bieżące księgowanie sprawdzonych dowodów księgowych na kontach syntetycznych i analitycznych;
- 10) uzgadnianie sald kont syntetycznych i analitycznych;
- 11) ustalanie planu kont;
- 12) fakturowanie wykonanych usług;
- 13) obrót gotówkowy i bezgotówkowy w zakresie obsługi Szpitala;
- 14) prowadzenie ksiąg druków ścisłego zarachowania;
- 15) prowadzenie obsługi kasowej Szpitala;
- 16) sprawdzanie pod względem formalno-rachunkowym dowodów księgowych stanowiących podstawę do zapłaty;
- 17) prowadzenie kontroli wewnętrznej w Szpitalu w zakresie gospodarki finansowej oraz gospodarowania mieniem będącym w jego dyspozycji;
- 18) opiniowanie decyzji i aktów prawnych wywołujących skutki finansowe;
- 19) sporządzanie ofert oraz przygotowywanie umów o wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

7. Do zadań Działu Controllingu, Kontraktowania i Rozliczeń należy, w szczególności:

- 1) w zakresie controllingu:
 - a) wspomaganie Prezesa Zarządu w podejmowaniu decyzji strategicznych i operacyjnych poprzez zastosowanie systemu zarządzania kosztami, który polega na ich budżetowaniu, analizie i kontroli,
 - b) konstruowanie budżetów dla komórek organizacyjnych, celem świadomego oddziaływania na koszty przez kierowników tych komórek (budżetowanie):
 - budżety kosztów jednostek zadaniowych i usługowych,
 - budżet przeznaczony na leki,

- c) planowanie wyniku finansowego w ujęciu całościowym jak i w podziale na poszczególne ośrodki powstawania kosztów i związane z nimi jednostki rozliczeniowe prowadzonej przez nie działalności,
 - d) planowanie finansowe – ustalenie ilościowego i wartościowego progu rentowności,
 - e) monitorowanie i kontrola wykonania budżetów:
 - kontrola rzeczywistych kosztów w poszczególnych miejscach ich powstawania,
 - ustalanie odchyleń od kosztów budżetowych,
 - badanie przyczyn odchyleń,
 - proponowanie rozwiązań zmierzających do optymalizacji kosztów,
 - raportowanie o efektywności działania jednostek,
- 2) w zakresie kontraktowania:
- a) sporządzanie ofert w ramach organizowanych konkurów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nadzorowanie zapisów umów i aneksów do umów o wykonywanie świadczeń zdrowotnych,
 - b) bieżące informowanie komórek medycznych o zawartych umowach oraz zmianach do tych umów, w szczególności w zakresie planowanej ilości punktów w ramach danego produktu kontraktowego, zakontraktowanych świadczeniach, zasadach rozliczeń, w tym umieszczanie informacji o aktualnych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala,
- 3) w zakresie rozliczeń:
- a) bieżąca weryfikacja rozliczeń na Portalu Świadczeniodawcy Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i korygowanie błędów,
 - b) terminowe rozliczanie świadczeń zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia i zawartymi umowami,
 - c) sporządzanie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń,
 - d) zbieranie, opracowywanie i analizowanie materiałów statystycznych w zakresie wykonanych i rozliczanych świadczeń,
 - e) przygotowywanie materiałów statystyki medycznej dla upoważnionych instytucji zewnętrznych;
 - f) sprawowanie nadzoru nad prawidłowością i terminowością przekazywania dokumentacji medycznej i rozliczenia świadczeń w komórkach medycznych,
 - g) ustalanie w drodze zarządzenia Prezesa Zarządu wysokości opłat za udostępnianą dokumentację medyczną na podstawie komunikatów Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego,
- 4) w zakresie prowadzenia archiwum zakładowego:
- a) przyjmowanie uporządkowanej dokumentacji z komórek organizacyjnych,
 - b) przechowywanie i właściwe zabezpieczenie przyjętej dokumentacji,
 - c) udostępnianie i wypożyczanie dokumentacji,
 - d) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej,
 - e) przekazywanie dokumentacji stanowiącej materiał archiwalny do właściwego archiwum państwowego,
 - f) udzielanie instruktażu komórkom organizacyjnym w zakresie przygotowywania dokumentacji do przekazania do archiwum zakładowego,
 - g) udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - h) digitalizacja zbiorów dokumentacji medycznej przechowywanych w postaci papierowej.

8. Do zadań Specjalisty ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy należy, w szczególności:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 2) koordynowanie wdrażania i utrzymywania Systemu OHSAS 18001: 2007;
- 3) prowadzenie właściwej dokumentacji związanej z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi;

- 4) planowanie, organizowanie i przeprowadzanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 5) współdziałanie w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pacy;
 - 6) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
 - 7) współpraca z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami;
 - 8) uczestnictwo w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy kontrola nad racjonalnym i celowym użytkowaniem odzieży roboczej oraz sprzętu ochrony osobistej pracowników.
9. Do zadań Inspektora ds. Przeciwpożarowych należy, w szczególności:
- 1) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Głównego Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej;
 - 2) prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala;
 - 3) współdziałanie w szkoleniu przeciwpożarowym i przygotowaniu pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów;
 - 4) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych, oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów gaśniczych;
 - 5) opracowanie i aktualizowanie instrukcji alarmowania na wypadek powstania pożaru;
 - 6) współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo - niebezpiecznych oraz prac remontowych, modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych;
 - 7) opracowanie i aktualizowanie regulaminu ochrony przeciwpożarowej, planów ewakuacji;
 - 8) udział w pracach przy ocenie projektów inwestycyjnych oraz pracach komisji przyjmujących do eksploatacji nowo zabudowane lub przebudowane objekty.
10. Do zadań Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego oraz Pełnomocnika ds. Jakości należy, w szczególności:
- 1) wdrażanie, utrzymywanie i doskonalenie nadzorowanego przez właściwego Pełnomocnika systemu jakości;
 - 2) prowadzenie weryfikacji i akceptowanie dokumentów systemu jakości pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem;
 - 3) organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów systemu jakości;
 - 4) nadzorowanie opracowywania projektów dokumentów systemu jakości i ich wdrażania;
 - 5) przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania systemu jakości na naradach z kadrą kierowniczą i przeglądach systemu zarządzania jakością;
 - 6) współdziałanie w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości w komórkach organizacyjnych Szpitala;
 - 7) udział lub reprezentacja Szpitala w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi, jeśli dotyczą one spraw związanych z systemem jakości;
 - 8) współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji systemu jakości wewnątrz Szpitala;
 - 9) nadzorowanie przeprowadzania wyznaczonych w ramach systemu jakości działań korygujących i naprawczych przez osoby odpowiedzialne;
 - 10) prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z systemem jakości;
 - 11) kontrola przestrzegania procedur systemu zarządzania jakością przez wszystkich

pracowników Szpitala.

11. Do zadań Rady Prawnej należy, w szczególności:

- 1) informowanie Zarządu i kierowników komórek organizacyjnych o zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działalności Szpitala;
- 2) udzielanie porad, opinii i wyjaśnień w zakresie stosowania prawa;
- 3) opiniowanie pod względem prawnym projektów umów i aktów wewnętrznych Szpitala;
- 4) opracowanie pism procesowych;
- 5) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniu sądowym, sądowo administracyjnym i administracyjnym oraz przed innymi organami;
- 6) opiniowanie spraw dotyczących pracowniczej odpowiedzialności materialnej, umarzania należności, przekazywania nieodpłatnego lub sprzedaży składników mienia Szpitala;
- 7) nadzorowanie egzekucji należności Szpitala.

12. Do zadań Inspektora ds. Obronnych i Obrony Cywilnej należy, w szczególności:

- 1) realizacja zadań związanych z planistyczno-organizacyjnym, kadrowym i materiałowym przygotowaniem Szpitala do działania w czasie zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny;
- 2) planowanie zadań obronnych i ich logistycznego zabezpieczenia;
- 3) prowadzenie prac w zakresie zwalniania (reklamowania) określonych pracowników - żołnierzy rezerwy, z obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
- 4) planowanie i organizowanie szkolenia (ćwiczeń) z problematyki obronnej i obrony cywilnej osób, o których mowa w § 12 ust. 1 Regulaminu.

13. Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy, w szczególności:

- 1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych w Szpitalu;
- 2) kontrola ochrony informacji niejawnych, w tym ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów niejawnych;
- 3) realizacja zadań wynikających z obowiązujących przepisów.

14. Do zadań Głównego Specjalisty ds. Organizacji, Promocji i Funduszy Pomocowych należy, w szczególności:

- 1) prowadzenie spraw dotyczących Aktu Założycielskiego Szpitala oraz jego zmian;
- 2) aktualizacja danych zawartych w Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 3) aktualizacja danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 4) przygotowywanie informacji o działalności Szpitala;
- 5) opracowywanie planów i dokumentów strategicznych Szpitala;
- 6) działania z zakresu promocji Szpitala;
- 7) prowadzenie księgi udziałów Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością;
- 8) prowadzenie ewidencji uchwał i zarządzeń Prezesa Zarządu;
- 9) obsługa posiedzeń Zarządu i Rady Nadzorczej, poprzez:
 - a) obsługę biurową,
 - b) przygotowywanie projektów uchwał do materiałów przedłożonych przez właściwe komórki organizacyjne Szpitala,
 - c) protokołowanie posiedzeń,
- 10) pozyskiwanie środków z funduszy pomocowych w ramach, między innymi,

- programów operacyjnych i programów zdrowotnych na realizację przedsięwzięć Szpitala;
- 11) przygotowywanie publikacji na stronę internetową i do Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala;
 - 12) koordynowanie działań związanych z organizacją uroczystości i imprez w Szpitalu;
 - 13) prowadzenie spraw związanych z nadzorowaniem zawierania umów o przeprowadzenie badania klinicznego oraz ich realizacji.
15. Do zadań Administratora Bezpieczeństwa Informacji należy, w szczególności:
- 1) ochrona zabezpieczenia danych osobowych zawartych w zbiorach systemów informatycznych Szpitala;
 - 2) prowadzenie rejestru osób upoważnionych do przetwarzania tych danych;
 - 3) podejmowanie działań w przypadku wykrycia nieuprawnionego dostępu do bazy danych lub naruszenia zabezpieczeń do nich;
 - 4) współpraca z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych i innymi organami kontrolnymi w zakresie ochrony danych osobowych znajdujących się w systemach informatycznych Szpitala.
16. Do zadań Kapelana Szpitalnego należy zapewnienie opieki duszpasterskiej chorym przebywającym w Szpitalu.

DZIAŁ III

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rozdział 1 ***Opieka stacjonarna***

§ 29.

1. Do korzystania ze stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
2. Pacjenci zgłaszający się do Szpitala winni okazać się dokumentem potwierdzającym aktualne ubezpieczenie.
3. W przypadku stanu nagłego, dokument może być przedstawiony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, o ile pacjent nadal przebywa w Szpitalu, lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia leczenia.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
5. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

6. Osobom innym, niż określone w ust. 5 Szpital udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
7. Wysokość opłaty za wykonywanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowanych ze środków publicznych stanowi suma kosztu udzielenia świadczenia i marży ustalonej przez Szpital na dany rok obrotowy.
8. Wysokość opłat za udzielane przez Szpital świadczenia zdrowotne określa cennik opłat, ustalany przez Prezesa Zarządu w drodze zarządzenia. Cennik opłat stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.
9. Cennik opłat podaje się do ogólnej wiadomości poprzez wywieszenie cennika w widocznych miejscach w jednostkach organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala oraz na stronie internetowej www.szpital.opole.pl i w Biuletynie Informacji Publicznej.
10. W oddziałach szpitalnych wykonywane są także świadczenia zdrowotne na podstawie umów podpisanych z podmiotami działalności leczniczej lub innymi podmiotami, w tym z zakładami ubezpieczeń.

§ 30.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Jednostki organizacyjne działalności leczniczej Szpitala prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia, które stanowią integralną część wewnętrznej dokumentacji medycznej.
3. W przypadku braku miejsc, względów epidemiologicznych, zakresu udzielanych świadczeń lub wyczerpania limitu na udzielanie świadczeń, pacjenci kierowani są do innych placówek lecznictwa stacjonarnego, bądź jeśli to możliwe ze względu na stan zdrowia, wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia podlega nadzorowi zespołu ds. oceny przyjęć.
6. Informacje o ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania są sporządzane przez medyczne komórki organizacyjne Szpitala i generowane w szpitalnym systemie informatycznym.
7. Poza kolejnością przyjmowani do Szpitala są pacjenci, w przypadkach: stanu zagrożenia życia lub wypadku, zatrucia lub urazu.
8. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona jest w szpitalnym systemie informatycznym.

§ 31.

1. Pacjenci przyjmowani są całodobowo, w trybie planowym i w trybie pilnym.
2. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Szpitala odbywa się Izbie Przyjęć na podstawie skierowania lekarza w trybie planowym lub bez skierowania w trybie pilnym oraz w sytuacjach określonych w art. 32a ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Pacjenci przyjmowani w trybie pilnym kierowani są do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR).
4. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz obsługujący pacjenta ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie potrzeby zapewnia transport medyczny.

§ 32.

1. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
 - 1) kompleksową ocenę stanu zdrowia;
 - 2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych,
 - 3) leczenie farmakologiczne i/lub zabiegowe;
 - 4) rehabilitację leczniczą;
 - 5) wypis pacjenta do domu lub do innego podmiotu leczniczego;
 - 6) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji.
2. Lekarze zobowiązani są prowadzić na bieżąco historie chorób pacjentów przyjętych do oddziału.
3. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody pacjenta na piśmie.
4. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi: realizację świadczeń zdrowotnych, produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonywania świadczenia, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, transport sanitarny w przypadkach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

§ 33.

1. Chorzy kierowani na badania i zabiegi lecznicze w obrębie Szpitala powinni być, w zależności od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach lub łózkach przez personel.
2. W sytuacji konieczności wykonania diagnostyki poza Szpitalem, pacjent przewożony jest środkiem transportu sanitarnego.

§ 34.

Na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych lekarz informuje, w zależności od okoliczności: pacjenta lub instytucję, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego

pacjenta, o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

§ 35.

1. Wszystkie wyjścia pacjentów poza oddział nie związane z udzielaniem diagnostyczno-terapeutycznych świadczeń zdrowotnych, na przykład: do kiosku, ogrodu powinny być odnotowywane w Rejestrze wyjść pacjentów z oddziału, znajdującym się w dyżurce pielęgniarskiej, po uzyskaniu zgody lekarza.
2. Wyjścia pacjentów poza oddział związane z udzielaniem diagnostyczno-terapeutycznych świadczeń zdrowotnych, na przykład: wyjścia na badania do pracowni diagnostycznej w asyście personelu Szpitala, nie wymagają sporządzenia adnotacji, o której mowa w ust. 1.
3. Wyjście pacjenta poza oddział bez zgody lekarza jest równoznaczne z samowolnym opuszczeniem oddziału, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
4. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny sporządza stosowną adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 36.

1. Wypisanie z oddziału szpitalnego następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia;
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie powinna być poinformowana przez lekarza leczącego 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 pacjenta.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Prezes Zarządu lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
4. Po wypisaniu pacjenta z oddziału sporządza się kartę statystyczną w szpitalnym systemie informatycznym.

§ 37.

Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu

określonego przez Dyrektora ds. Lecznictwa na wniosek kierownika lub ordynatora oddziału lub osoby przez niego upoważnionej, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w obowiązujących przepisach prawa.

§ 38.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera ze Szpitala pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, kierownik lub ordynator oddziału zawiadamia o tym organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwej ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta oraz organizuje na koszt tej gminy transport sanitarny.

§ 39.

1. W przypadku pacjenta, którego danych osobowych nie można ustalić, w szczególności z powodu utrudnionego kontaktu z powodu zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności, a przy tym braku stosownych dokumentów i braku osób bliskich mogących potwierdzić tożsamość pacjenta, pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego / Izby Przyjęć zawiadamia organa Policji i odnotowuje ten przypadek w dokumentacji medycznej przyjęcia pacjenta o nieustalonych danych osobowych.
2. Pracownicy Szpitala mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonych danych osobowych oraz wpisania w dokumentację medyczną przyjęcia takiego pacjenta charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, godzina i miejsce, z którego został przywieziony do Szpitala), jak również podjęcia zgodnych z przepisami prawa prób identyfikacji.

§ 40.

1. W przypadku stwierdzenia przez lekarza braku wskazań do udzielania świadczeń szpitalnych, pacjentowi udzielane jest ewentualnie ambulatoryjne świadczenie zdrowotne i wydawana jest Karta Wypisowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
2. Odmowa udzielenia świadczeń szpitalnych odnotowywana jest w Księdze Odmów.

Rozdział 2 Lecznictwo ambulatoryjne

§ 41.

1. Do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 2, nie jest wymagane przypadkach przewidzianych przepisami prawa.

4. Zgłaszając się do poradni pacjenci winni okazać się dokumentem potwierdzającym aktualne ubezpieczenie.
5. Pacjentom nie ubezpieczonym, ubezpieczonym nie posiadającym skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz cudzoziemcom nie objętym przepisami ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia specjalistyczne udzielane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem, o którym mowa w § 29 ust. 8 Regulaminu.
6. W poradniach specjalistycznych wykonywane są także świadczenia zdrowotne na podstawie umów podpisanych z podmiotami działalności leczniczej lub innymi podmiotami, w tym zakładami ubezpieczeń.
7. W stanach nagłych oraz w sytuacjach określonych w art. 32a ust. 2 i 3 oraz art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia zdrowotne są udzielane bez skierowania.
8. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
9. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
10. Ustalanie terminów wizyty odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznego, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich.
11. Lekarz specjalista ma obowiązek:
 - 1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz określenia potrzeby leczenia specjalistycznego;
 - 2) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
 - 3) podjęcia procesu leczenia, jeśli jest taka potrzeba medyczna;
 - 4) wydania informacji o podjętym leczeniu i dalszych zaleceniach dla lekarza kierującego;
 - 5) wydania w razie potrzeby zaświadczenia o niezdolności pacjenta do pracy;
 - 6) prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalnym systemie informatycznym.

Rozdział 3 **Pracownie diagnostyczne**

§ 42.

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących zakładów, działów, laboratoriów i pracowni określonych w § 14 Regulaminu.
2. Badania diagnostyczne dla pacjentów Szpitala mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne, na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem.

§ 43.

1. W ramach umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, badania wykonywane są nieodpłatnie, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Wykonanie świadczeń ujętych w ust.1 następuje po uprzedniej rejestracji osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osób trzecich, w kolejności zgłoszeń.
3. Pracownie diagnostyczne, wykonujące badania w ramach umowy na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne prowadzą listy oczekujących zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Pozostałe badania diagnostyczne:
 - 1) dla pacjentów Szpitala i poradni przyszpitalnych wykonywane są na podstawie zlecenia wygenerowanego w szpitalnym systemie informatycznym i finansowane w ramach świadczeń leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
 - 2) dla pacjentów podmiotów leczniczych, zakładów ubezpieczeń i innych podmiotów, z którymi Szpital zawarł umowę na wykonywanie badań diagnostycznych wykonywane i finansowane są na warunkach zawartych w umowie;
 - 3) dla pozostałych pacjentów wykonywane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem, o którym mowa w § 29 ust. 8 Regulaminu.
5. Pracownie diagnostyczne prowadzą wymaganą prawem dokumentację medyczną.
6. Wyniki wykonanych badań diagnostycznych:
 - a) dla pacjentów Szpitala - wprowadzane są do szpitalnego systemu informatycznego, a następnie, jeśli jest to wymagane prawem, przekazywane w formie zawierającej podpis uprawnionego diagnosty lekarzowi zlecającemu,
 - b) dla pacjentów spoza Szpitala - wydawane są pacjentowi w formie papierowej potwierdzonej podpisem uprawnionego diagnosty lub na elektronicznych nośnikach danych. Wydanie wyniku osobie trzeciej może nastąpić wyłącznie na podstawie pisemnego upoważnienia udzielonego tej osobie przez pacjenta. Upoważnienie musi zawierać dane osobowe identyfikujące pacjenta oraz osobę upoważnioną wraz z numerami dokumentów potwierdzających tożsamość oraz podpis pacjenta złożony w obecności pracownika pracowni diagnostycznej.

DZIAŁ IV
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI
WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 44.

1. Szpital, realizując swoje zadania, współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w celu zapewnienia pełnej i prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania medycznego.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.

§ 45.

1. W ramach współdziałania z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą Szpital przyjmuje, konsultuje i leczy pacjentów ze skomplikowanymi schorzeniami z innych placówek.
2. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innym podmiocie leczniczym pacjent kierowany jest na zasadach określonych przepisami prawa.
3. Korzystanie z bazy diagnostycznej innego podmiotu leczniczego jest możliwe na zasadach określonych w umowach zawartych z tymi podmiotami.
4. Materiał biologiczny, wysyłany do zewnętrznych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony, zaś wyniki badań archiwizowane według zasad przyjętych w Szpitalu.
5. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
6. Szpital prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych podmiotów leczniczych na podstawie akredytacji i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.

DZIAŁ V PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Rozdział 1 Postanowienia ogólne

§ 46.

1. Prawa pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych niż ubezpieczeni.
2. Prawa pacjenta zostały określone w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udziela: Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
4. Informacja o prawach pacjenta jest dostępna w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu oraz na stronie internetowej www.szpital.opole.pl.
5. Wyznaczony przez Prezesa Zarządu pracownik pełni funkcję Szpitalnego Rzecznika Praw Pacjenta, który zajmuje się sprawami dotyczącymi przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu.

§ 47.

1. Pacjent ma obowiązek przestrzegania zasad określonych Regulaminem, a w szczególności:
 - 1) przy zgłoszeniu do leczenia szpitalnego, poddać się badaniu lekarskiemu,

- 2) oddać do depozytu szpitalnego na podstawie właściwego formularza odzież i obuwie oraz złożyć do depozytu posiadane przedmioty wartościowe; nie dokonanie tych czynności zwalnia Szpital od odpowiedzialności w tym zakresie;
 - 3) przy przyjęciu do Szpitala, poddać się niezbędnym zabiegom sanitarno-higienicznym;
 - 4) stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych;
 - 5) stosować się do zalecanej diety, a żywność i napoje przyniesione spoza Szpitala spożywać wyłącznie po uzyskaniu zgody lekarza lub pielęgniarki;
 - 6) odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala;
 - 7) przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków;
 - 8) przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00;
 - 9) w porze ciszy nocnej przebywać na oddziale;
 - 10) zgłaszać za każdym razem pielęgniarce zamiar opuszczenia oddziału, na przykład w celu dokonania zakupów w sklepie szpitalnym;
 - 11) przestrzegać zakazu samodzielnego korzystania z dźwigów szpitalnych przeznaczonych do użytku służbowego;
 - 12) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym;
 - 13) przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych;
 - 14) szanować mienie Szpitala; w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital;
 - 15) utrzymywać ład i porządek w miejscu pobytu;
 - 16) przestrzegać kultury oraz zasad współżycia społecznego na terenie Szpitala, zwłaszcza w sali chorych;
 - 17) respektować prawa innych pacjentów do wypoczynku;
 - 18) przestrzegać zasad higieny osobistej;
 - 19) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych - pod karą grzywny lub innych sankcji przewidzianych prawem i pod rygorem dyscyplinarnego wypisania ze Szpitala; wyjątki określa ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, zakaz nie dotyczy też leków narkotycznych zaordynowanych przez lekarza;
 - 20) zapoznać się z zakresem swoich praw i obowiązków, i odpowiednio je stosować.
2. W przypadku nie przestrzegania określonych w Regulaminie obowiązków pacjent może być ukarany:
- 1) upomnieniem lub ostrzeżeniem;
 - 2) wypisaniem pacjenta lub przeniesieniem do innego podmiotu leczniczego z zachowaniem poszanowania jego zdrowia i bezpieczeństwa.
3. Pacjent może wychodzić poza teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody kierownika / ordynatora lub lekarza dyżurnego danego oddziału.
4. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu, Prezes Zarządu może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
5. Pacjenci Szpitala, korzystając z dostępu do sieci Internet (Wi-Fi), zobowiązani są przestrzegać zasad określonych w Regulaminie korzystania z Ogólnodostępnej Sieci

Bezprzewodowej Wi-Fi na terenie Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Regulamin opublikowany został na stronie www.szpital.opole.pl i obowiązuje każdego kto podłączy się do Wi-Fi.

6. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
7. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

Rozdział 2 **Zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich**

§ 48.

1. Osoby trzecie przebywające w Szpitalu obowiązują właściwe zachowanie podczas odwiedzania, aby nie narazić spokoju, godności osobistej i intymności innych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych oraz przestrzeganie i stosowanie się do obowiązujących zasad porządkowych oddziałów i poleceń personelu medycznego.
2. Małe dzieci mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie z osobą dorosłą i za zgodą ordynatora, lekarza kierującego oddziałem lub lekarza dyżurnego.
3. Personel medyczny, w przypadkach nie stosowania się osób trzecich do zasad określonych w ust. 1 i 2, ma prawo nie wyrazić zgody na przebywanie osoby odwiedzającej w oddziale, jeżeli jej obecność może być uciążliwa dla pacjentów przebywających w oddziale.

§ 49.

1. Przedstawiciele mediów publicznych, wchodzący na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących Szpitala, zobowiązani są zgłosić ten zamiar Prezesowi Zarządu lub Dyrektorowi ds. Lecznictwa.
2. W przypadku zamiaru zbierania informacji i opinii wśród pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów publicznych zgłasza ten zamiar Prezesowi Zarządu lub Dyrektorowi ds. Lecznictwa, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.
3. Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzenia prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać zgodę od Dyrektora ds. Lecznictwa oraz dokonać prezentacji zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami w tym zakresie.
4. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Szpitalu, Prezes Zarządu, Dyrektor ds. Lecznictwa lub kierownik/ordynator oddziału może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta.

Rozdział 3
Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta i zasady jej udostępniania

§ 50.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do dokumentacji medycznej nie jest prawem rodziny lub przyjaciół. Prawo nabywa konkretna osoba na podstawie pisemnego upoważnienia, złożonego przez pacjenta.
3. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością Szpitala.
4. Przy przyjęciu do Szpitala oraz przy pierwszej wizycie w poradni pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach, w tym również o prawie do dokumentacji medycznej.
5. Szpital ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - 2) osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 3) upoważnionym organom.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu na miejscu w Szpitalu w obecności:
 - a) pracownika Szpitala zajmującego się udostępnianiem dokumentacji – statystyka medycznego,
 - b) lekarza prowadzącego albo lekarza odpowiedniej specjalności,
 - c) innego upoważnionego pracownika Szpitala,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
7. Dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu w Szpitalu na wniosek: pacjenta, którego dotyczy, lub jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta – osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.
8. Wydanie oryginałów dokumentacji następuje za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
9. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta - osoba przez niego upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, może wystąpić z pisemnym wnioskiem do Prezesa Zarządu o sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji pacjenta. W tym celu należy:

- 1) złożyć wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej na druku wniosku pobranym w Dziale Controllingu, Kontraktowania i Rozliczeń lub ze strony internetowej www.szpital.opole.pl);
 - 2) przy odbiorze dokumentacji potwierdzić swoją tożsamość dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem;
 - 3) w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje osoba upoważniona, należy przedstawić pisemne upoważnienie podpisane przez pacjenta lub powołać się na upoważnienie udzielone przez pacjenta znajdujące się w dokumentacji medycznej Szpitala.
10. Zdjęcia RTG (archiwalne) udostępniane są na zasadzie wypożyczenia za pokwitowaniem. Zdjęcia wykonywane po 2009r. udostępniane są pacjentom bezpłatnie w formie płyty CD, DVD lub odpłatnie w formie kliszy.
11. Dokumentację medyczną do udostępniania, w postaci sporządzonych wyciągów, odpisów, kserokopii, przygotowuje pracownik - statystyk medyczny który, w przypadku kserokopii dokumentów, podpisuje je za zgodność z oryginałem, na podstawie upoważnienia Prezesa Zarządu.
12. Dokumentację medyczną w formie elektronicznej udostępnia się podmiotom i organom uprawnionym, poprzez:
- 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją opatrzoną kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby upoważnionej;
 - 2) przekazanie papierowych wydruków poświadczonych przez pracownika-statystyka medycznego.
13. Udostępnienie dokumentacji powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wniosku o udostępnienie, z zastrzeżeniem, że udostępnienie dokumentacji medycznej podmiotom i organom uprawnionym następuje bez zbędnej zwłoki.
14. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz upoważnionym podmiotom lub organom Szpitala następuje na podstawie decyzji Prezesa Zarządu lub Dyrektora ds. Lecznictwa.
15. Odmowa wydania dokumentacji medycznej wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny (uzasadnienia).

§ 51.

1. Koszty udostępniania dokumentacji ponosi wnioskodawca.
2. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalana jest zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w celu innym niż do dalszego leczenia, do opłaty dolicza się podatek VAT.
3. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej została ustalona zarządzeniem Prezesa Zarządu i określona w załączniku nr 4 do Regulaminu.
4. Organy i podmioty wnioskujące o udostępnienie dokumentacji medycznej obciążane są zgodnie z zawartymi umowami.

5. W przypadku dostarczania dokumentacji medycznej drogą pocztową, wnioskodawca pokrywa koszt przesyłki.
6. Informacje dotyczące wysokości pobieranych opłat podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty na tablicach informacyjnych w Szpitalu.

Rozdział 4 **Organizacja przyjmowania oraz załatwiania skarg i wniosków**

§ 52.

1. Skargi i wnioski dotyczące działalności komórek organizacyjnych Szpitala mogą być składane w formie pisemnej lub ustnej do protokołu, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu.
2. Zasady i tryb postępowania w razie zgłoszenia skargi lub wniosku określa procedura pn. Organizacja przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków, ustalana zarządzeniem Prezesa Zarządu.
3. Skargi i wnioski są przyjmowane, przez:
 - 1) Prezesa Zarządu;
 - 2) Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 3) Kierowników lub ordynatorów oddziałów, kierowników poradni i pracowni diagnostycznych;
 - 4) Szpitalnego Rzecznika Praw Pacjenta.
4. Skarga złożona w formie pisemnej powinna zawierać, co najmniej:
 - 1) imię, nazwisko i dokładny adres zamieszkania lub adres do korespondencji,
 - 2) datę zdarzenia,
 - 3) dane osoby, wobec której skierowane są zarzuty, lub opis zdarzenia,
 - 4) uzasadnienie stawianych w skardze zarzutów.

§ 53.

Skargi i wnioski pracowników komórek organizacyjnych Szpitala mogą być składane, do:

- 1) Prezesa Zarządu;
- 2) Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 3) Kierownika Działu Spraw Pracowniczych i Organizacji;
- 4) kierownika danej komórki organizacyjnej.

DZIAŁ VI **OBOWIĄZKI SZPITALA W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA**

§ 54.

1. W razie śmierci pacjenta:
 - 1) lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego;
 - 2) zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą zostać poddane sekcji zwłok, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem pkt. 5);

- 3) o zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt. 2) sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 4) Dyrektor ds. Lecznictwa na wniosek właściwego kierownika/ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji, w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem;
- 5) postanowienie pkt. 2) nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - a) określonych w Kodeksie postępowania karnego,
 - b) gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
 - c) gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala,
 - d) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych,
- 6) dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

2. Po śmierci pacjenta lekarz, który leczył pacjenta w Szpitalu wystawia Kartę zgonu.

§ 55.

1. Obowiązki Szpitala w zakresie odbioru i transportu zwłok z oddziałów szpitalnych, ich przechowywania, przygotowania w celu ich wydania oraz wydanie osobie lub instytucji uprawnionym do ich pochowania, realizuje podmiot zewnętrzny wyłoniony w trybie przetargu.
2. Podmiot zewnętrzny czynności wymienione w ust. 1 realizuje nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny licząc od godziny w której nastąpiła śmierć pacjenta.
3. Podmiot zewnętrzny ustala wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
4. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny wynosi 96,00 zł za jedną dobę. Informację tą podaje się do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty na tablicach informacyjnych w Szpitalu.

§ 56.

1. Zabrania się pracownikom Szpitala i osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych dla Szpitala udzielania informacji o zgonach zakładom pogrzebowym.
2. Informacje o zakładach pogrzebowych rodzina zmarłego może uzyskać w informatorach pozaszpitalnych. Pracownik Szpitala ma prawo wskazać jedynie informatory sieci telefonicznych i prasowych.

DZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 57.

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem wpisania Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością do rejestru przedsiębiorców.

2. Zmiany Regulaminu są dokonywane w formie zarządzenia Prezesa Zarządu. Zmiany Regulaminu nie wymagają formy aktu notarialnego.
3. Tekst Regulaminu jest udostępniony na stronie internetowej www.szpital.opole.pl oraz na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala zobowiązani są do zapoznania z treścią Regulaminu podległych im pracowników.

§ 58.

Do spraw organizacyjnych nieuregulowanych w Regulaminie mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa i postanowienia wewnętrznych aktów prawnych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.”