Zarządzenie wewnętrzne nr 80/2019
Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpital Nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonia w Mysłowicach
z dnia 21.03.2019 r.

w sprawie: *wprowadzenia Aneksu Nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego*

Na podstawie art. 23 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. (t.j. Dz.U.2018.2190 z późn. zm.) oraz w związku z Uchwałą Nr 8/19 Rady Społecznej z dnia 20.03.2019 r.

zarządzam, co następuje

§ 1.

1. Wprowadza się do wiadomości i stosowania Aneks Nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ Szpital Nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonia w Mysłowicach stanowiący załącznik do zarządzenia.
2. Aneks do wglądu w Dziale Kadr i Płac oraz Dziale Organizacji i Statystyki Medycznej.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
SP ZOZ Szpital Nr 2 im. dr T. Boczonia
w Mysłowicach

Grzegorz Nowak

Otrzymują:

1. Kierownicy kom. org. zakładu,
2. Osoby na samodzielnych stanowiskach
3. NO,
4. a/a.

Zał. Nr 1 do Uchwały Nr 8/2019
z dnia 20.03.2019 r.
Rady Społecznej SP ZOZ Szpital nr 2
im. dr. T. Boczonia w Mysłowicach

ANEKS NR 7

DO REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO SP ZOZ SZPITAL NR 2

IM. DR. TADEUSZA BOCZONIA W MYSŁOWICACH

Do regulaminu wprowadza się następujące zmiany:

§1

I. Punkt 1c) w § 1 otrzymuje brzmienie: „Statutu nadanego Uchwałą Nr XXVII/348/16 Rady Miasta Mysłowice z dnia 24.11.2016 r. z późn. zm.".

II. Punkt 1 w § 6 otrzymuje brzmienie: „Strukturę organizacyjną Zakładu określa graficzny „Schemat organizacyjny" stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego aneksu".

III. Punkt 2 w § 6 otrzymuje brzmienie: „ Struktura zakładu – komórki organizacyjne:

A. Komórki medyczne i samodzielne stanowiska:

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, któremu podlegają:
    1. Epidemiologia,
    2. Zespół Oddziałów Szpitalnych:
        a) Oddział wewnętrzny z łóżkiem (stanowiskiem) intensywnej terapii,
        b) Oddział okulistyczny,
        c) Oddział chirurgii ogólnej,
        d) Oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej,
        e) Oddział rehabilitacyjny,
        f) Oddział anestezjologiczny,
        g) Blok operacyjny I (dla oddziału chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo-ortopedycznej),w tym ze stanowiskiem intensywnej terapii,
        h) Blok operacyjny II (dla oddziału okulistycznego),
        i) Izba przyjęć,
        j) Apteka szpitalna,
        k) Punkt obróbki materiałów do sterylizacji
        l) Psycholog,
        m) Dietetyk,
        n) Kapelan Szpitalny.
    3. Zespół Poradni Specjalistycznych:
        a) Poradnia chirurgii ogólnej,
        b) Poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej,
        c) Poradnia gastroenterologiczna,
        d) Poradnia okulistyczna,
        e) Poradnia otolaryngologiczna,

f) Poradnia rehabilitacyjna,
g) Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
h) Poradnia anestezjologiczna,
i) Dział rehabilitacji,
j) Pracownie diagnostyczne:
   - RTG,
   - Endoskopowa,
   - USG,
   - Prób wysiłkowych i Holtera,
   - OCT i angiografii.
k) Gabinety diagnostyczno-zabiegowe:
   - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy I,
   - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy II,
   - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy III.

2. Asystentowi Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości podlegają (w ramach nadzoru i koordynacji):
   a) pielęgniarki,
   b) dietetyk,
   c) ratownicy medyczni,
   d) opiekunowie medyczni,
   e) sekretarki i rejestratorki medyczne,
   f) pomoc pielęgniarska,
   g) sterylizatrki,
   h) salowe.

B. Pozostałe Komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska:

1. Główny Księgowy, któremu podlega Dział Księgowości Finansowej i Kosztowej oraz Magazyn Gospodarczy,
2. Sekretariat,
3. Dział Kadr i Płac,
4. Sekcja Informatyków,
5. Obronność i OC,
6. BHP i Ppoż,
7. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,
8. Dział Gospodarczo-Remontowy,
9. Sekcja Kontroli Wewnętrznej i Zarządczej,
10. Dział Organizacji i Statystyki Medycznej,
11. Składnica Akt,
12. Koordynator procesu leczenia onkologicznego,
13. Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
14. Inspektor Ochrony Radiologicznej,
15. Pełnomocnik ds. Akredytacji i Jakości".

IV. Punkt 3 w § 8 otrzymuje brzmienie: „ Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Asystenta Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości, Głównego Księgowego, osób na samodzielnych stanowiskach, a także kierowników komórek organizacyjnych".

V. Po punkcie 4 § 8 dodaje się punkt 4a w brzmieniu:" Powierzenia obowiązków wskazanej osobie, podczas nieobecności Dyrektora spowodowaną czasową nieobecnością w związku z pełnieniem funkcji publicznej, dokonuje podmiot tworzący".

VI. Punkt 6a) w § 8 otrzymuje brzmienie: „

a) koordynowanie i bezpośredni nadzór nad pracą:
- epidemiologii,
- oddziałów szpitalnych,
- poradni specjalistycznych,
- bloków operacyjnych,
- izby przyjęć,
- apteki szpitalnej,
- działu rehabilitacji,
- pracowni diagnostycznych,

oraz ścisła współpraca w zakresie powierzonych zadań z pozostałymi komórkami zakładu".

VII. Do § 8 dodaje się punkt 7 w brzmieniu: **„Do zadań Asystenta Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości należy:**

a) Nadzór nad poziomem i organizacją pracy podległego personelu,
b) Wnioskowanie w sprawie obsady kadrowej,
c) Wnioskowanie w sprawach płac, nagród i kar,
d) Nadzór nad szkoleniem podległego personelu medycznego,
e) Nadzór nad: przygotowywaniem i wysyłaniem pakietów do sterylizacji, dezynfekcją, oraz higieną szpitalną,
f) Nadzór nad profesjonalnym świadczeniem usług medycznych w zakresie pielęgnowania, profilaktyki i promowania zdrowia."

VIII. Punkcie 8 w § 10 otrzymuje brzmienie: „Do zadań Oddziału Anestezjologicznego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie:

a) anestezji tj. wykonywania znieczulenia ogólnego lub przewodowego do operacji dla celów diagnostycznych i leczniczych,
b) reanimacji tj. działania mającego na celu przerwanie i odwrócenie procesu umierania, o ile występują medyczne wskazania do jej podjęcia lub kontynuowania,
c) leczenia bólu, niezależnie od jego przyczyn,
d) Dział anestezjologiczny współdziała z innymi oddziałami w prowadzeniu pacjentów w ciężkim stanie ogólnym w okresie okołooperacyjnym"

IX. Z § 10 skreśla się punkt 15.

X. W związku z wykreśleniem punktu 15 z § 10 ujednolica się numerację tego paragrafu. Punkt 16 otrzymuje nr 15, punkt 17 otrzymuje nr 16, punkt 18 otrzymuje numer 17, punkt 19 otrzymuje numer 18, punkt 20 otrzymuje numer 19, punkt 21 otrzymuje numer 20, punkt 21 otrzymuje numer 20, punkt 22 otrzymuje numer 21, punkt 23 otrzymuje numer 22, punkt 24 otrzymuje numer 23, punkt 25 otrzymuje numer 24, punkt 26 otrzymuje numer 25, punkt 27 otrzymuje numer 26, punkt 28 otrzymuje numer 27, punkt 29 otrzymuje numer 28, punkt 30 otrzymuje numer 29.

XI. w § 10 po punkcie 15 dodaje się punkty 15a, 15b i 15 c w brzmieniu: „15a. Do zadań Psychologa należy:

a) Diagnoza psychologiczna pacjentów z oddziałów szpitalnych.
b) Diagnoza i terapia psychologiczna pacjentów szpitala i ich rodzin.
c) Wsparcie psychologiczne dla pracowników szpitala.
d) Współpraca z placówkami zdrowia psychicznego oraz placówkami socjalnymi w mieście,.
e) Nadzór i opracowywanie systemów ankiet działających w Szpitalu.
f) Pomoc i wsparcie psychologiczne dla osób z chorobami somatycznymi, osób chorych terminalnie, przewlekle, osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin.
g) Pomoc psychologiczna dla osób przed oraz po zabiegach operacyjnych.
h) Krótkoterminowa interwencja dla pacjentów po wypadkach, katastrofach i innych szeroko pojętych wydarzeniach traumatycznych.
i) Diagnoza potrzeb psychicznych pacjentów oraz ich bliskich.
j) Działania psychoedukacyjne dla pacjentów i ich rodzin (wyjaśnianie mechanizmów działania psychiki na stan organizmu, motywacji do leczenia, walki ze stresem).
k) Krótkoterminowa pomoc psychologiczna po stracie najbliższych osób – dla rodzin zmarłych pacjentów.
l) Sporządzanie opinii dotyczącej funkcjonowania pacjentów podczas hospitalizacji oraz zawierających wskazania dalszego postępowania.
m) Udzielanie informacji na temat innych placówek oferujących pomoc psychologiczną po wyjściu ze szpitala oraz pomoc w znalezieniu placówki odpowiedniej dla pacjenta.
n) Wsparcie psychologiczne dla pracowników szpitala.
o) Nadzorowanie, analiza ankiet i sporządzanie raportu Systemu Okresowej Oceny Pracowników Szpitala.
p) Nadzorowanie, analiza ankiet i sporządzanie raportu Ankiet Satysfakcji Pacjentów oddziałów szpitalnych.
q) Badania psychologiczne nowych pracowników Szpitala.
r) Uczestnictwo w konsyliach w ramach Pakietu Onkologicznego.
s) Uczestnictwo w posiedzeniach grup roboczych w ramach procedury „Niebieskie Karty" w Ośrodku Interwencji Kryzysowej.

15 b. Do zadań Dietetyka należy:

a) Sprawdzenie i akceptacja jadłospisów przygotowanych przez podmiot zewnętrzny dostarczający żywność do Szpitala.

b) Współpraca z podmiotem zewnętrznym dostarczającym żywność dla pacjentów Szpitala.
c) Kontrolowanie jakości dostarczanych posiłków oraz ich zgodności z ułożonym jadłospisem, a także sposobu ich dostarczania do Szpitala.
d) Kontrola i nadzór nad firmą zewnętrzną pod kątem stosowania norm zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze.
e) Kontrola firmy cateringowej świadczącej usługi dla Szpitala.
f) Nadzór i kontrola stanu sanitarnego kuchenek oddziałowych.
g) Kontrola nad prawidłową dystrybucja posiłków w oddziałach Szpitala.
h) Opracowywanie diet i przekazywanie pacjentom informacji na temat żywienia poszpitalnego.
i) Różnicowanie diet i stosowanie ich w żywieniu chorych.
j) Uczestniczenie w realizacji leczenia żywieniowego.
k) Prowadzenie dokumentacji żywieniowej.
l) Korzystanie z wiedzy z zakresu psychologii i pedagogiki w propagowaniu zasad zdrowego żywienia i komunikowaniu się z pacjentami.
m) Opracowywanie metod leczenia zaburzeń żywieniowych nadwagi, niedożywienia.
n) Nadzorowanie żywienia w Szpitalu.
o) Wybieranie wiarygodnych źródeł informacji w celu doskonalenia umiejętności zawodowych.
p) Udzielanie pierwszej pomocy.
q) Postępowanie zgodnie z zasadami etyki.
r) Stosowanie przepisów prawa dotyczących wykonywanych zadań zawodowych.

15 c. Do zadań Kapelana szpitalnego należy:
a) Odprawianie mszy świętych i nabożeństw w niedzielę i święta, oraz w innych koniecznych terminach.
b) Udzielanie sakramentów świętych.
c) Stwarzanie pacjentom okazji do spowiedzi świętej i rozmowy duszpasterskiej.
d) Wydawanie zaświadczeń o udzielonych sakramentach.
e) Przychodzenie do szpitala na każde wezwanie do chorego.
f) Nawiązywanie kontaktu z najbliższą rodziną chorych, jeśli zachodzi taka potrzeba i wola chorego.
g) Pomoc w nawiązaniu kontaktu z duchownym innego wyznania na życzenie pacjenta niekatolika, bądź jego rodziny.
h) Sprawowanie opieki duszpasterskiej nad personelem medycznym szpitala na życzenie osób zainteresowanych.
i) Troska i piecza nad kaplicą szpitalną, dbałość o czystość samej kaplicy szpitalnej, naczyń i szat liturgicznych".

XII. Po punkcie 29 w § 10 dodaje się punkty 30, 31, 32 i 33 w brzmieniu: „30. Do zadań Koordynatora procesu leczenia onkologicznego należy:
a) Udzielanie pacjentom wszelkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym.
b) Współpraca z lekarzami, kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala zaangażowanych w realizację świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych,

w zakresie kompleksowego zabezpieczenia leczenia pacjentów w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.

c) Współuczestniczenie w konsyliach, nadzór nad prawidłowym przebiegiem harmonogramu dnia, tworzenie protokołów z posiedzeń konsylium.
d) Koordynacja planu leczenia pacjenta ustalonego przez Konsylium, w tym opieka koordynacyjna pacjentów zgodnie z założeniami pakietu onkologicznego, aż do zakończenia procesu leczenia.
e) Udzielanie informacji o terminie Konsylium i organizacji procesu tworzenia po ustaleniu harmonogramu leczenia na Konsylium.
f) Współpraca z koordynatorami z innych podmiotów leczniczych.
g) Współpraca z podmiotami leczniczymi, z którymi USK zawarł umowy, porozumienia o współpracy w ramach realizacji świadczeń w Pakiecie Onkologicznym.
h) Prowadzenie korespondencji z podmiotami zewnętrznymi w zakresie działania Punktu Onkologicznego.
i) Systematyczna weryfikacji terminowości wykonanych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych w ramach realizacji pakietu onkologicznego, zgodnie z zawartymi umowami.
j) Przestrzeganie wytycznych w zakresie tworzenia, komplementowania, archiwizowania i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów.
k) Nadzór nad prawidłowym wystawianiem "kart onkologicznych".
l) Weryfikacja wystawionych kart onkologicznych, w tym sprawdzanie kompletności i prawidłowości wypełniania kart onkologicznych w całym procesie leczenia onkologicznego pacjenta.
m) Nadzór nad prawidłowym ewidencjonowaniem planu leczenia pacjenta w aplikacji AP-DiLO.
n) Weryfikacja i nadzór nad prawidłowym prowadzeniem kolejek oczekujących w zakresie pakietu onkologicznego za pośrednictwem aplikacji AP-Kolce.

31. Do zadań Inspektora Ochrony Danych Osobowych należy:
a) Informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich z mocy przepisów.
b) Monitorowanie przestrzegania przepisów prawa o ochronie danych osobowych.
c) Udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania.
d) Współpraca z organem nadzorczym.
e) Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.
f) Pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych.
g) Prowadzenie rejestru czynności lub rejestru kategorii czynności.
h) Koordynacja procesu szkoleń pracowników zgodnie z regulaminem szkoleń.

32. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:

a) Nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w jednostce w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.
b) Nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej.
c) Opracowanie pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej.
d) Współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
e) Wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień.
f) Występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub inne przepisy z zakresu ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
g) Nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne.

33. Do zadań Pełnomocnika ds. Akredytacji i Jakości należy:

a) Koordynowanie i sprawowanie nadzoru nad procesami wdrażania procedur akredytacyjnych.
b) Nadzór nad certyfikacją i utrzymaniem ciągłości procesu akredytacyjnego w jednostce.
c) Monitorowanie i kontrola procesów akredytacyjnych i utrzymania jakości w Szpitalu.
d) Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi SP ZOZ w zakresie akredytacji i jakości.
e) Inicjowanie i koordynowanie zespołów powołanych w procesie Akredytacji.
f) W uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala przypisywanie odpowiedzialności, rozdzielanie zadań, ustalanie terminów zadań wynikających z procesu akredytacji.
g) Planowanie, organizowanie i przeprowadzanie szkoleń instruktażowych w zakresie prowadzonego procesu akredytacji oraz utrzymywania zasad polityki jakości.

h) Zgłaszanie Dyrektorowi wszelkich uwag związanych z ewentualnymi zagrożeniami funkcjonowania jednostki w szczególności związanymi z procesem akredytacji oraz jakości świadczeń medycznych.
i) Przygotowanie i przedstawiane okresowych sprawozdań w zakresie procesu akredytacji.
j) Inicjowanie działań organizacyjnych związanych z procesem akredytacji i utrzymania jakości.
k) Nadzór nad dokumentowaniem procedur realizowanych w akredytacji.
l) Nadzór procesów korygujących w celu doskonalenia systemu akredytacji i jakości.
m) Planowanie i wdrażanie audytów wewnętrznych w zakresie akredytacji.
n) Reprezentowanie SP. ZOZ Szpital Nr 2 im. T. Boczonia w Mysłowicach w zakresie prowadzonych procesów akredytacyjnych i jakości".

XIII. W paragrafie 19 punkt 2 otrzymuje brzmienie: „

1. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:

a) Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
b) Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem punktu c i d niniejszego paragrafu.
c) W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
d) W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w pkt b, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
e) Podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.
f) Organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli.

g) Podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzania kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.
h) Upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art.121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.
i) Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem.
j) Uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek.
k) Organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem.
l) Podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów.
m) Zakładom ubezpieczeń - za zgodą pacjenta.
n) Komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji.
o) Osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
p) Wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art.67e ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie prowadzonego postępowania.
q) Spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art.67e ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
r) Osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art.39 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.
s) Członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
t) W sytuacji uczestniczenia zakładu w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny dokumentacja medyczna jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych. Osoby korzystające z udostępnionej dokumentacji są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

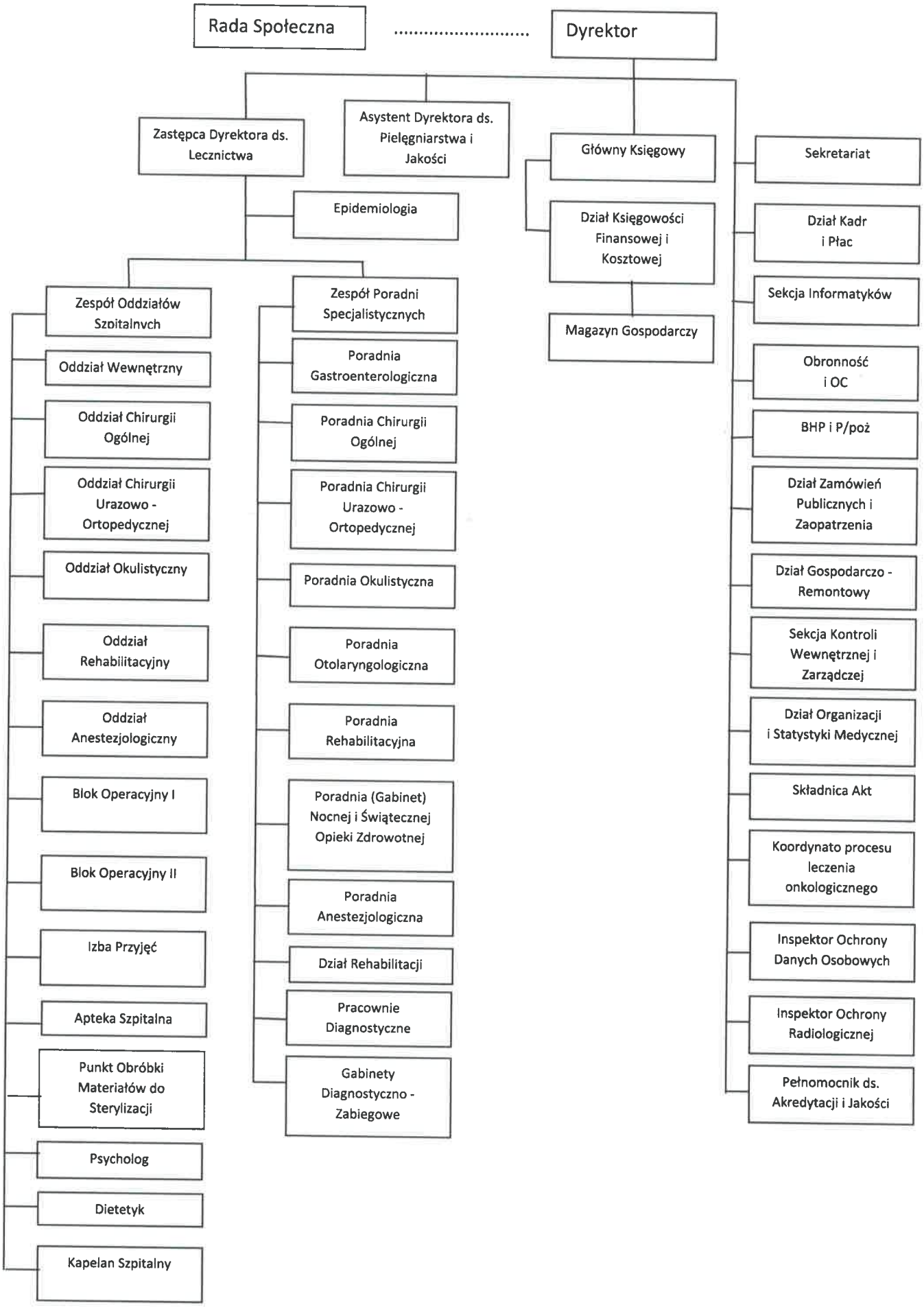
u) Szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
v) Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

§2

Pozostałe postanowienia regulaminu pozostają bez zmian.

DYREKTOR
SP ZOZ Szpital Nr 2 im. dr T. Boczonia
w Sosnowcach

Grzegorz Nowak

Załącznik Nr 1 do Aneksu Nr 7

Schemat Organizacyjny SP ZOZ Szpital nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonia w Mysłowicach