Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
BESKIDZKI ZESPÓŁ LECZNICZO-REHABILITACYJNY
Szpital Opieki Długoterminowej
43–384 JAWORZE, ul. Słoneczna 8
tel. 33 817 21 66 – fax 33 817 34 6
REGON 000297603 NIP 937-14-94-57
ks. rej. 0000000013990 122/100112/0

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego

Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu

07.09.2026 r.

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1

Regulamin Organizacyjny Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu, zwany dalej „Regulaminem" reguluje sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie o działalności leczniczej lub statucie oraz określa organizację wewnętrzną, zadania i zakres działalności poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym warunki współdziałania między tymi komórkami, dla zapewnienia sprawności funkcjonowania Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.

§ 2

1. Regulamin opracowano w oparciu o przepis art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Regulamin określa w szczególności:
   1) nazwę podmiotu,
   2) cele i zadania podmiotu,
   3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego,
   4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
   6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego,
   7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym,
   8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   9) wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
   10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
   11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,

12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

§ 3

1. Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu zwany dalej „Szpitalem" jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.
2. Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działającym pod nazwą: „Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu".
3. Szpital może posługiwać się skrótem „BZLR w Jaworzu".
4. Szpital prowadzi następujące zakłady lecznicze:
   1) Szpital Specjalistyczny,
   2) Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna.
5. Zakłady lecznicze Szpitala to jednostki lokalne w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla których nie sporządza się odrębnych bilansów.

§ 4

Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu działa w oparciu o:

1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2) Decyzję Wojewody Śląskiego o wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem 00000013990;
3) Postanowienie Sądu Rejonowego VIII Wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku – Białej o wpisaniu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem 0000179093;
4) Statut nadawany w drodze stosownej Uchwały przez Sejmik Województwa Śląskiego;
5) Inne przepisy powszechnie obowiązujące.

Rozdział II
Cele i zadania

§ 5

1. Celem działania Szpitala jest:
   - udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
   - promocja zdrowia.

2. Do zadań Szpitala należy:
   1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
   2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
   3) prowadzenie działalności diagnostycznej;
   4) świadczenie usług farmaceutycznych;
   5) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
   6) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;
   7) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób;
   8) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
   9) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną sprawami obronnymi i ochroną ludności.
3. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Rozdział III
Struktura organizacyjna

§ 6

Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:

1) **komórki organizacyjne zakładu leczniczego/jednostki organizacyjnej – Szpital Specjalistyczny:**
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dorosłych (63 łóżek),
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych (37 łóżek, w tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej),
   - Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej (21 łóżek, w tym 1 łóżko intensywnego nadzoru kardiologicznego),
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży (75 łóżka),
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży (15 łóżek, w tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej),
   - Izba Przyjęć dla Dorosłych,
   - Izba Przyjęć dla Dzieci,
   - Dział Farmacji Szpitalnej,
   - Pracownia Spirometryczna,
   - Pracownia Prób Wysiłkowych,
   - Pracownia Pomiarowa,

- Pracownia Pomiarowa dla Dzieci i Młodzieży;

2) **komórki organizacyjne zakładu leczniczego – Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna:**
   - **jednostka organizacyjna – Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna:**
     - Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej (30 miejsc dziennego pobytu),
     - Pododdział Dzienny (30 miejsc dziennego pobytu),
     - Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży (30 miejsc dziennego pobytu),
     - Dział Rehabilitacji dla Dorosłych,
     - Dział Rehabilitacji Dziecięcej,
     - Poradnia Rehabilitacyjna,
     - Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży,
     - Poradnia Kardiologiczna,
     - Poradnia Reumatologiczna,
     - Poradnia Neurologiczna,
     - Pracownia Rentgenodiagnostyki ,
     - Pracownia Ultrasonografii;
   - **jednostka organizacyjna – Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:**
     - Pracownia Analityczna;

3) **komórka realizująca zadania z zakresu terapii psychologicznej, logopedycznej oraz terapii zajęciowej:**
   - Dział Psychologiczno – Terapeutyczny,

4) **komórki realizujące zadania z zakresu obsługi żywieniowo – dietetycznej:**
   - Dział Żywienia,
   - Dietetyczka;

5) **komórka realizująca zadania z zakresu utrzymania właściwego stanu sanitarno – higienicznego:**
   - Dział Utrzymania Czystości;

6) **komórki realizujące zadania z zakresu obsługi ekonomiczno – finansowej, w tym:**
   - Dział Ekonomiczno – Finansowy,
   - Kasa;

7) **komórka realizująca zadania z zakresu zamówień publicznych i obsługi logistycznej:**
   - Dział Zamówień Publicznych i Logistyki, w tym:
     - Sekcja Zamówień Publicznych,
     - Sekcja Logistyki,
     - Magazyny,
     - Składnica Akt Administracyjnych;

8) **komórka realizująca zadania z zakresu obsługi kadrowo – płacowej, w tym:**
   - Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi,
   - Składnica Akt Administracyjnych (akta personalne);

9) **Komórka realizująca zadania z zakresu obsługi sekretariatu:**

- Sekretariat

10) **komórki realizujące zadania z zakresu obsługi statystyki medycznej, w tym:**

- Dział Statystyki Medycznej i rozliczeń z NFZ,
- Składnica Akt Medycznych;

11) **komórka realizująca zadania z zakresu obsługi inwestycyjno – remontowej:**

- Dział Inwestycyjno – Remontowy;

12) **komórka realizująca zadania z zakresu obsługi informatycznej:**

- Dział Informatyczny;

13) **samodzielne stanowiska pracy:**

a) Stanowisko ds. Usługowo – Handlowych,
b) Stanowisko ds. Organizacji,
c) Stanowisko ds. Obronnych i Rezerw,
d) Stanowisko ds. BHP i p/poż,
e) Stanowisko ds. Obsługi Prawnej,
f) Stanowisko ds. Epidemiologii,
g) Stanowisko ds. Ochrony Środowiska,
h) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
i) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
j) Pełnomocnik ds. Jakości (standardy akredytacyjne),
k) Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością (ISO 9001),
l) Pełnomocnik ds. Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (ISO 27001),
m) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

§ 7

Schemat organizacyjny Szpitala stanowi **Załącznik Nr 1** do niniejszego Regulaminu.

Rozdział IV

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 8

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
   1) szpitalne świadczenia zdrowotne udzielane stacjonarnie i całodobowo,
   2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:
   1) rehabilitacji leczniczej, w szczególności:
      - rehabilitacji ogólnoustrojowej,
      - rehabilitacji neurologicznej,
      - rehabilitacji kardiologicznej;
   2) kardiologii, reumatologii i neurologii;

3) diagnostyki medycznej w dziedzinie:
   - diagnostyki laboratoryjnej,
   - rentgenodiagnostyki i ultrasonografii,
   - diagnostyki spirometrycznej,
   - prób wysiłkowych i EKG.
4) usług farmaceutycznych.

Rozdział V
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 9

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez komórki organizacyjne zakładów leczniczych Szpitala odbywa się:

1) w Jaworzu przy ul. Słonecznej 83:
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dorosłych,
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych,
   - Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej,
   - Izba Przyjęć dla Dorosłych,
   - Dział Farmacji Szpitalnej,
   - Pracownia Prób Wysiłkowych,
   - Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej,
   - Pododdział Dzienny,
   - Dział Rehabilitacji dla Dorosłych,
   - Poradnia Rehabilitacyjna,
   - Poradnia Kardiologiczna,
   - Poradnia Reumatologiczna,
   - Poradnia Neurologiczna,
   - Pracownia Analityczna,
   - Pracownia Rentgenodiagnostyki,
   - Pracownia Ultrasonografii,
   - Pracownia Pomiarowa;
2) w Jaworzu przy ul. Wapienickiej 142:
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży,
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży,
   - Izba Przyjęć dla Dzieci,
   - Pracownia Spirometryczna,
   - Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży,
   - Dział Rehabilitacji Dziecięcej,
   - Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży,
   - Pracownia Pomiarowa dla Dzieci i Młodzieży.

Rozdział VI

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 10

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych z dysponentami publicznych środków finansowych, zakładami ubezpieczeń lub z innymi podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki zdrowotnej.
2. Szpital sprawdza tożsamość pacjenta na podstawie dowodu osobistego lub paszportu oraz potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Dyrektor Szpitala określa w drodze Zarządzenia standardy postępowania, regulaminy i procedury określające postępowanie w poszczególnych komórkach organizacyjnych, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczonych usług.
5. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych (oświadczenie pacjenta), po uzyskaniu odpowiedniej informacji.
6. Jeżeli nie można uzyskać oświadczenia o wyrażeniu zgody, o którym mowa ust. 5, należy sporządzić notatkę, którą podpisuje lekarz oraz pielęgniarka jako świadek zgody lub odmowy.
7. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego, bez zgody pacjenta może nastąpić wyjątkowo w indywidualnych przypadkach przewidzianych prawem.
8. Szpital prowadzi dokumentację medyczną z zapewnieniem ochrony danych osobowych oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz na podstawie zarządzeń Dyrektora.
9. Informację dotyczącą pacjenta bądź dokumentację medyczną udostępnia się wyłącznie pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie upoważnionej przez pacjenta do jej uzyskiwania.
10. Pacjent jest zobowiązany do stosowania się do zaleceń i wskazań personelu medycznego.
11. Pacjentowi udziela się świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym.
12. Pacjent może być poddany zabiegom diagnostycznym lub terapeutycznym jedynie wówczas, gdy wyrazi na to zgodę.
13. W przypadku zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych wyraża się w formie pisemnej.
14. Jeżeli pacjent z powodu niedojrzałości umysłowej lub swego stanu zdrowia nie może ocenić potrzeby zabiegu, wymagana jest pisemna zgoda jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W razie odmówienia zgody na zlecony zabieg, należy uzyskać od chorego

(przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) pisemne oświadczenie z adnotacją, że został uprzedzony o mogących wystąpić następstwach niedokonania zabiegu.

15. Jeżeli zachodzi konieczność wykonania zabiegu ze względu na ratowanie choremu życia lub uchronienie go przed kalectwem, a chory jest nieprzytomny bądź nie możliwe jest porozumienie się z jego ustawowym przedstawicielem lub faktycznym opiekunem, decyzję podejmuje Dyrektor Szpitala lub osoba przez niego upoważniona lub lekarz dyżurny zawiadamiający o tym dyżurnego prokuratora.
16. W Szpitalu ustala się instrukcję postępowania w przypadku zaginięcia pacjenta z oddziału.

Zasady organizacji udzielania świadczeń stacjonarnych, całodobowych

§ 11

1. W oddziałach szpitalnych pacjenci objęci są specjalistycznymi, całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi.
2. Przyjęcie na oddział jest planowane, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia oraz po uzyskaniu odpowiednich zgód pacjenta, określonych odpowiednimi przepisami.
3. Szpital prowadzi listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisami wykonawczymi do tej ustawy.
4. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych poza kolejnością przyjęć osobom, o których mowa w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Kwalifikowanie chorych do przyjęcia do Szpitala odbywa się poprzez Zespoły ds. kwalifikacji pacjentów do przyjęcia, powołane Zarządzeniem Dyrektora i działające na podstawie Regulaminów Pracy Zespołów.
6. Przyjęcie może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze w uzasadnionych medycznie przypadkach.
7. W przypadkach uzasadnionych możliwe jest kwalifikowanie do przyjęcia przez Ordynatorów/ Kierowników Oddziałów/Pododdziałów lub lekarzy dyżurnych.
8. Przy przyjęciu chorego do szpitala wykonuje się:
   1) czynności kancelaryjne związane z przyjęciem chorego do szpitala oraz z jego pobytem:
      - zakładanie historii choroby i innej wymaganej dokumentacji medycznej,
      - sprawdzenie tożsamości pacjenta,
      - sprawdzenie dowodu ubezpieczenia zdrowotnego,
      - wypełnienie karty medycznej pacjenta,
      - wykonywanie odpisów dokumentacji lekarskiej,
      - wypisywanie druków ZUS ZLA,
      - uzyskiwanie zgód przewidzianych prawem.
   2) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala, które obejmuje:
      - zlecenie niezbędnego badania diagnostycznego i ustalenie postępowania terapeutycznego,

- ustalenie programu rehabilitacyjnego,
- ustalenie rozpoznania wstępnego;

3) czynności pielęgniarskie.

9. Pacjenci mogą na oddziale przebywać z opiekunami, wówczas w ramach pobytu opiekunów prowadzona jest edukacja zdrowotna.
10. Wypisanie pacjenta ze szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
    a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych,
    b) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
    c) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
11. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy.
12. W przypadku gdy pacjent lub przedstawiciel ustawowy występuje z żądaniem wypisania, zostaje poinformowany o możliwościach następstw zaprzestania dalszego leczenia oraz składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie.
13. W przypadku braku oświadczenia, o którym mowa w ust. 11, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
14. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływy terminu określonego przez Dyrektora Szpitala, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.
15. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie, koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, ponosi gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta.
16. Dyrektor Szpitala niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 14 i organizuje transport sanitarny.

§ 12

1. Szpital jest zobowiązany poinformować niezwłocznie (telefonicznie lub w inny sposób) wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego:
    a) o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia, a w następstwie o przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego z podaniem dokładnego adresu tego zakładu,

b) o śmierci pacjenta.

2. W miejscu udzielania świadczeń Szpital podaje do wiadomości pacjentów informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń.

3. Szpital umieszcza wewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące w szczególności:

a) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania,

b) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym pacjentów,

c) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,

d) trybu składania skarg i wniosków,

e) praw pacjenta,

f) zasad potwierdzania prawa do świadczeń,

g) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,

h) numerów telefonów alarmowych „112" i „999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego,

i) adresu oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta,

j) adresu oraz numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu,

k) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,

l) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

§ 13

1. Obowiązki personelu medycznego w przypadku, gdy nastąpiła śmierć pacjenta:

1) pielęgniarka niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta;

2) lekarz, o którym mowa w pkt. 1 po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon, ustala przyczynę zgonu oraz wystawia kartę zgonu;

3) pielęgniarka zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego i wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni;

4) jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w pkt. 3, dokonuje się oznaczenia „*NN*" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości;

5) lekarz stwierdzający zgon informuje niezwłocznie o śmierci osobę lub instytucję wskazaną przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego;

6) do chwili wydania zwłok osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania lub przewiezienia do chłodni, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, zwłoki przygotowuje się poprzez ich umycie i okrycie oraz przechowuje się w pomieszczeniu „post mortem";

7) rzeczy osoby zmarłej spisuje się w obecności drugiej pielęgniarki lub innego pracownika szpitala, a spis potwierdza się własnoręcznym podpisem a następnie rzeczy przekazuje się za potwierdzeniem rodzinie lub osobie upoważnionej do ich odebrania lub przekazuje się do magazynu a rzeczy wartościowe do depozytu Szpitala.

2. Identyfikator osoby zmarłej, zawiera:
   a) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   b) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   c) datę i godzinę zgonu;
3. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
   a) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   b) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   c) datę i godzinę zgonu,
   d) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni,
   e) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
   f) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
   g) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
4. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej;
5. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
6. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
   a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
   b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
   c) przemawia za tym inne niż wymienione w lit. a i b ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta,

7. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny pobiera się opłatę w wysokości określonej w Załączniku nr 3 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
8. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
9. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyn określonych w ust. 8 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej.
10. Postępowań określonych w ust. 8 – 9 nie stosuje się w przypadkach:
    a) określonych w kodeksie postępowania karnego i kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
    b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
    c) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.
11. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.

Zasady organizacji udzielania świadczeń w poradniach oraz w pododdziałach dziennych

§ 14

1. Porad lekarskich ambulatoryjnych udzielają lekarze zgodnie z rodzajem udzielanej porady.
2. Uprawnienia lekarza oraz pozostałego personelu medycznego wynikają z wyuczonej specjalności oraz zakresu obowiązków.
3. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Na podstawie jednego skierowania dopuszcza się w przypadkach uzasadnionych medycznie, objęcie opieką pacjenta ze schorzeniami wymagającymi długotrwałej rehabilitacji, do czasu osiągnięcia poprawy w leczeniu danej jednostki chorobowej, jednak nie dłużej niż 12 miesięcy.
5. Jeżeli skierowanie jest wymagane, a pacjent go nie posiada, wówczas udzielanie świadczenia następuje na koszt pacjenta.
6. Świadczenia zdrowotne związane ze stanem zagrożenia życia udzielane są bez skierowania.
7. W przypadku gdy osoba ubezpieczona nie przedstawi dokumentu potwierdzającego objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym nie później niż w terminie 7 dni od dnia rozpoczęcia udzielenia świadczenia lub nie opłaci składki przez okres dłuższy niż 30 dni, świadczeniodawca udziela świadczenia na koszt pacjenta.
8. W przypadku, gdy osoba ubezpieczona nie przedstawi dokumentu potwierdzającego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym lub nie ureguluje składek w terminie określonym w ustawie i poniesie koszty świadczenia, może później się ubiegać o zwrot kosztów leczenia od instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, przedstawiając w późniejszym terminie dokument ubezpieczenia.
9. Poradnie oraz pododdziały dzienne przyjmują pacjentów w dni powszednie, w godzinach rannych i popołudniowych wg harmonogramów.

10. Szczegółowe informacje o godzinach pracy poradni oraz pododdziałów dziennych pacjent może uzyskać telefonicznie, e-mailowo, osobiście lub przez osoby trzecie w rejestracji. Szczegółowy rozkład czasu pracy w poradniach i w pododdziałach dziennych z wykazem lekarzy przyjmujących znajduje się na drzwiach wejściowych do gabinetu.
11. Pacjent przyjmowany do poradni musi posiadać:
    - dokument uprawniający do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, dowód osobisty,
    - skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
    - w niektórych sytuacjach, tj. w nagłych wypadkach, urazach, zatruciach w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
    - wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta, związane z chorobą pacjenta, ewentualne wyniki badań dodatkowych,
    - kartę informacyjną leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.
12. Przed przyjściem do poradni pacjent powinien zostać zarejestrowany. Rejestracja odbywa się osobiście, telefonicznie, internetowo (e-mail) lub przez osoby trzecie.
13. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty, z którego usług medycznych będzie korzystał.
14. W przypadku nieobecności osób udzielających świadczeń zdrowotnych Szpital jest odpowiedzialny za ustalenie zastępstw.
15. Przyjmowanie pacjentów w poradniach oraz w pododdziałach dziennych następuje zgodnie z kolejką oczekujących.
16. W poradniach oraz w pododdziałach dziennych udziela się świadczeń zdrowotnych poza kolejnością przyjęć osobom, o których mowa w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
17. Ustalanie terminów porad, badań i zabiegów odbywa się przez zgłoszenie osobiste lub telefoniczne lub e-mailowe.
18. Ustalenie kolejności przyjęć w dniu zgłoszenia ma charakter wyłącznie porządkowy. W przypadkach nagłych zachorowań – porada w ambulatorium, niezbędny zabieg lub wizyta odbywają się w dniu zgłoszenia.
19. Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest zależne od wysokości limitów określonych w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia, a kolejność zawarta w kolejce oczekujących. W razie awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczeń czas ten może być wydłużony do czasu jej naprawy.
20. Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego.
21. Godziny przyjęć w poszczególnych gabinetach medycznych wynikają corocznie z treści umów z właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, a informacje o godzinach przyjęć mają być wywieszone na drzwiach wejściowych gabinetów medycznych.

§ 15

1. Warunki techniczno – lokalowe pomieszczeń powinny spełniać wymagania w zakresie sanitarno – epidemiologicznym oraz określone w innych aktach prawnych (rozporządzeniach Ministra Zdrowia, umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia).
2. Wewnętrzną kontrolę stanu sanitarnego pomieszczeń Szpitala przeprowadza Pielęgniarka Przełożona i Pielęgniarka Epidemiologiczna, a w zakresie wymagań technicznych Kierownik Działu Inwestycyjno – Remontowego lub osoba przez niego wyznaczona.

Udzielanie świadczeń w warunkach domowych

§ 16

1. Fizjoterapia domowa to świadczenie opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania lub przebywania pacjenta.
2. Zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych udzielany jest przez osobę uprawnioną, pacjentom wszystkich grup wiekowych, u których wystąpiły dysfunkcje w przebiegu różnych chorób, urazów i uszkodzeń organizmu.
3. Częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, liczbę zabiegów oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący, dostosowując te parametry indywidualnie do potrzeb każdego świadczeniobiorcy.
4. Świadczeniobiorca albo opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.
5. W ramach rehabilitacji w warunkach domowych prowadzona jest również edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy i jego opiekunów obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń.
6. Po zakończeniu procesu usprawniania lekarz kierujący informuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na której liście aktywnej znajduje się Świadczeniobiorca, o wynikach leczenia. Kopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji świadczeniobiorcy.

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach medycznych Szpitala

§ 17

1. W Pracowniach Szpitala wykonywane są badania diagnostyczne i lecznicze na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pacjenci, którzy posiadają skierowania od lekarzy z poradni specjalistycznych zobowiązani są wykonać badania w Pracowniach Szpitala lub posiadających umowy pod wykonanie określonych elementów kompleksowej usługi medycznej.
3. W Pracowniach wykonywane są także badania diagnostyczne i lecznicze na podstawie zawartych z innymi podmiotami umów z zastrzeżeniem § 10 ust. 1.
4. Do Pracowni obowiązuje rejestracja. Zarejestrować się można osobiście, telefonicznie, faksem, mailem lub przez osoby trzecie.
5. Badania pilne wykonywane są na bieżąco, całodobowo, łącznie z badaniami ambulatoryjnymi z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

Organizacja udzielania świadczeń w Działach Rehabilitacji

§ 18

1. Świadczenia rehabilitacyjne realizowane są na podstawie skierowania, zgodnie z harmonogramem pracy działu rehabilitacji, wynikających corocznie z treści umów zawartych z właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Podstawą realizacji świadczeń w gabinecie fizjoterapii jest skierowanie na cykl zabiegów, które powinno zawierać:
   - pieczęć, naklejkę lub nadruk zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
   - imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   - rozpoznanie w języku polskim,
   - kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10,
   - opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację,
   - choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne,
   - podpis oraz imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.
3. Wizyta fizjoterapeutyczna, obejmuje;
   - zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego stanowiącego integralną część fizjoterapii, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem,
   - ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem rehabilitacji lub fizjoterapii,
   - badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu rehabilitacji,
   - końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu rehabilitacji lub fizjoterapii,
   - udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania rehabilitacyjnego.
4. Skierowanie na cykl zabiegów wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem że w przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy, skierowanie na cykl zabiegów wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będący lekarzem specjalistą w dziedzinie (w przypadku skierowań na cykl zabiegów dla dzieci odpowiednio lekarz specjalista w dziedzinie dziecięcej): rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarzem ze

specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub lekarzem w trakcie specjalizacji w dziedzinie: rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

5. W przypadku skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego lekarzem specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, skierowanie to może zawierać zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegów.
6. Przyjmowanie pacjentów do realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych, następuje zgodnie z kolejką oczekujących.
7. Ustalanie terminów odbywa się przez zgłoszenie osobiste lub telefoniczne lub e-mailowe.
8. Realizacja świadczeń w Dziale Rehabilitacji odbywa się, zgodnie z planem zabiegów.
9. Planowanie zabiegów odbywa się przez Kierownika Działu Rehabilitacji lub osobę przez niego wyznaczoną.
10. Ilość dni zabiegowych w cyklu terapeutycznym oraz ilość zabiegów przysługujących jednemu pacjentowi jest określona corocznie przez umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.
11. Czas oczekiwania na świadczenie uzależnione jest od wysokości limitów określonych corocznie w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
12. Godziny przyjęć są określone w harmonogramie i wynikają corocznie z treści umów z właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, a informacje o godzinach przyjęć są umieszczone na drzwiach wejściowych.
13. Pacjent powinien zarejestrować skierowanie nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia.
14. W karcie zabiegów świadczeniobiorca lub jego opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia podpisem lub przy pomocy karty ubezpieczenia zdrowotnego.
15. W przypadku konieczności zmiany zleconych zabiegów, niezbędne jest uzasadnienie merytoryczne oraz podpis specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, magistra fizjoterapii lub lekarza w karcie zabiegowej pacjenta.
16. Specjalista fizjoterapii ma prawo ustalić program rehabilitacji w przypadku, gdy skierowanie do fizjoterapii wystawił lekarz ubezpieczenia zdrowotnego inny niż lekarz poradni rehabilitacyjnej, a jednocześnie zlecone zabiegi nie zapewniają realizacji pożądanego celu rehabilitacji lub ich wykonanie jest przeciwskazane u pacjenta. W tym przypadku w karcie zabiegowej specjalista fizjoterapii zamieszcza uzasadnienie wyboru wizyty fizjoterapeutycznej oraz podpisuje się pod uzasadnieniem.

Rozdział VII

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Szpitala

ODDZIAŁY I PODODDZIAŁY SZPITALNE

§ 19

1. Do podstawowych zadań oddziałów i pododdziałów szpitalnych, udzielających świadczeń medycznych stacjonarnie i całodobowo, należy:
   1) w zakresie ogólnym:
      - diagnostyka i leczenie przy zastosowaniu metod zgodnych ze sztuką lekarską i współczesną wiedzą medyczną,
      - zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w czasie pobytu pacjenta na oddziale,
      - zapewnienie właściwych warunków bytowych, racjonalnego wyżywienia i warunków sanitarno – epidemiologicznych w czasie pobytu na oddziale,
      - umożliwienie pacjentowi kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
      - zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas leczenia, zabiegów i badań diagnostycznych,
      - odpowiednie przechowywanie i zabezpieczenie leków pobranych z apteki,
      - przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych,
      - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur.
   2) w zakresie opieki pielęgniarskiej:
      - tworzenie warunków do prawidłowej adaptacji pacjenta, zapoznanie z Regulaminem Praw Pacjenta,
      - przyjmowanie i wykonywanie zleceń lekarskich, prowadzenie odpowiedniej dokumentacji pielęgniarskiej w zakresie procesu pielęgnacji pacjenta,
      - wykonywanie czynności wynikających z procesu pielęgnacji pacjenta,
      - przygotowanie pacjenta do wizyt lekarskich, konsultacji i zabiegów,
      - podawanie leków i wykonywanie zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych, zgodnie z ordynacją lekarską,
      - pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,
      - rozdzielenie posiłków,
      - pościelenie łóżek, zmiana brudnej pościeli,
      - przestrzeganie reżimu sanitarnego, zasad dezynfekcji i sterylizacji, przygotowywanie roztworów środków dezynfekcyjnych.
   3) w zakresie czynności porządkowych i pomocniczych /salowych/:
      - pomoc w toalecie porannej i wieczornej pacjentom obłożne chorym,
      - codzienne sprzątanie sal chorych, wietrzenie,

- codzienne mycie i dezynfekcja urządzeń i pomieszczeń sanitarnych oddziału,
- okresowe mycie okien, drzwi, łóżek, wietrzenie, trzepanie kołder, poduszek, koców, transport wewnątrz-szpitalny,
- konserwacja podłóg,
- codzienny transport śmieci i materiału zakaźnego z oddziału.

2. Zadania szczególne uzależnione są od profilu i zakresu działania oddziału, a mianowicie:
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dorosłych zajmuje się w szczególności:
     - diagnostyką i leczeniem schorzeń narządu ruchu, chorób zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa, urazów oraz schorzeń układu kostnego oraz innych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
     - rehabilitacją w schorzeniach i po urazach narządu ruchu, po zabiegach operacyjnych i ortopedycznych, amputacjach i w zaostrzeniach chorób przewlekłych,
     - profilaktyką w chorobach zwyrodnieniowych oraz po urazach i operacjach w zakresie układu kostno – stawowego oraz centralnego, a także w chorobach krążenia obwodowego i metabolicznego;
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych zajmuje się:
     - diagnostyką, leczeniem oraz rehabilitacją schorzeń neurologicznych, schorzeń centralnego układu nerwowego i obwodowego układu nerwowego oraz po operacjach neurologicznych;
   - Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej – zajmuje się:
     - diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją chorób kardiologicznych m. in. stanów po ostrych zespołach wieńcowych oraz zabiegach kardiochirurgicznych;
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży – do zadań szczególnych należy:
     - diagnostyka, leczenie i rehabilitacja schorzeń narządu ruchu: po urazach wielonarządowych i wielomiejscowych, po zabiegach chirurgicznych i ortopedycznych, w schorzeniach układu kostno – stawowego, wadach postawy i skoliozach oraz innych ustalonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
     - działania profilaktyczne w zakresie w/w schorzeń;
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży zajmuje się:
     - diagnostyką, leczeniem schorzeń układu neurologicznego oraz rehabilitacją w ramach: rehabilitacji neurologicznej wczesnej, wtórnej oraz ciężkich uszkodzeń ośrodka układu nerwowego.

IZBA PRZYJĘĆ DLA DOROSŁYCH

§ 20

1. Izbą Przyjęć kieruje i koordynuje jej pracę Kierownik, który bezpośrednio podlega Lekarzowi Naczelnemu.

2. Do podstawowych zadań Izby Przyjęć należy:
   1) w zakresie ogólnym:
      - badanie lekarskie chorych zgłaszających się do szpitala,
      - przyjmowanie na leczenie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
      - wypisanie dokumentacji związanych z przyjęciem chorego,
      - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO;
   2) w zakresie pielęgniarskim:
      - pielęgniarka jest obowiązana udzielić choremu odpowiedniej opieki po jego przyjęciu do szpitala, załatwić formalności związane z przyjęciem chorego,
      - zawiadomić lekarza dyżurnego o przybyciu chorego, przygotować chorego do badań, wykonywanie zaleceń lekarskich,
      - wypisywanie dokumentacji szpitalnej związanej z przyjęciem chorego.
3. W Izbie Przyjęć należy prowadzić:
   - rejestr przyjęć chorych do szpitala,
   - rejestr odmów przyjęć,
   - rejestr udzielanych porad i zabiegów ambulatoryjnych.

IZBA PRZYJĘĆ DLA DZIECI

§ 21

1. Izbą Przyjęć dla Dzieci kieruje i koordynuje jej pracę Ordynator/Kierownik Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży, który służbowo podlega Lekarzowi Naczelnemu.
2. Do podstawowych zadań Izby Przyjęć należy:
   1) w zakresie ogólnym:
      - badanie lekarskie chorych zgłaszających się do szpitala,
      - przyjmowanie na leczenie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
      - wypisanie dokumentacji związanych z przyjęciem chorego
      - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO;
   2) w zakresie pielęgniarskim:
      - pielęgniarka jest obowiązana udzielić choremu odpowiedniej opieki po jego przyjęciu do szpitala, załatwić formalności związane z przyjęciem chorego,
      - zawiadomić lekarza dyżurnego o przybyciu chorego, przygotować chorego do badań, wykonywanie zaleceń lekarskich,
      - wypisywanie dokumentacji szpitalnej związanej z przyjęciem chorego,
   - pielęgniarka Izby Przyjęć odpowiada za sprzęt, stan sanitarny i dezynfekcję pomieszczeń izby.
3. W Izbie Przyjęć należy prowadzić:
   - rejestr przyjęć chorych do szpitala,
   - rejestr odmów przyjęć,
   - rejestr udzielanych porad i zabiegów ambulatoryjnych.

PODODDZIAŁ DZIENNY

§ 22

1. Pododdział Dzienny podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dorosłych.
2. W Pododdziale Dziennym udziela się świadczeń zdrowotnych polegających na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej osób dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań m. in.:
   - ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych),
   - neurologicznych,
   - reumatologicznych,
   - onkologicznych,
   - pulmonologicznych,
   - geriatrycznych.
3. Świadczenie zdrowotne w Pododdziale Dziennym obejmują: kompleksową rehabilitację lub fizjoterapię, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące.
4. W ramach rehabilitacji w Pododdziale Dziennym udzielane są m.in.:
   - porady lekarskie,
   - świadczenia zdrowotne w zakresie terapii zajęciowej lub w razie potrzeby w zakresie neuropsychologii, logopedii i psychoterapii,
   - zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta,
   - indywidualne zajęcia dostosowane do stanu zdrowia pacjenta oraz zajęcia grupowe.
5. W Pododdziale Dziennym przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PODODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

§ 23

1. Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej podlega Ordynatorowi/Kierownikowi Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej.
2. W Pododdziale Dziennym Rehabilitacji Kardiologicznej udziela się świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej pacjentom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitacje w warunkach ambulatoryjnych i którzy nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, a w szczególności przy:
   - ostrych zespołach wieńcowych,
   - plastyce naczyń wieńcowych
   - zabiegach kardiochirurgicznych,
   - zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej,
   - zaostrzeniach niewydolności serca.

3. Rehabilitacja prowadzona jest w oparciu o indywidualnie dobrany schemat treningowy przygotowany przez lekarza specjalistę lub lekarza rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej we współpracy w magistrem fizjoterapii.
4. Schemat, o którym mowa w ust. 3, ustala się na podstawie przeprowadzonego testu wysiłkowego na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, wyników innych nieinwazyjnych badań kardiologicznych tzn. EKG metodą Holtera oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta.
5. Rehabilitacja obejmuje stosowanie ćwiczeń fizycznych o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości, uwzględniających globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych oraz wynik badania wysiłkowego.
6. Schemat rehabilitacji obejmuje także: fizykoterapię, zajęcia edukacyjne, interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.
7. W Pododdziale Dziennym Rehabilitacji Kardiologicznej przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PODODDZIAŁ DZIENNY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

§ 24

1. Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży.
2. W Pododdziale Dziennym dla Dzieci i Młodzieży udziela się świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego realizowanego poprzez wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym głównie z grupy wysokiego ryzyka ciążowo-porodowego oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym.
3. Świadczenia zdrowotne w Pododdziale Dziennym dla Dzieci i Młodzieży obejmują:
   - poradę lekarską,
   - wielospecjalistyczną poradę terapeutyczną (konsylium),
   - świadczenia z zakresu diagnozy i terapii psychologicznej, w tym z zakresu psychoterapii i neuropsychologii,
   - świadczenia z zakresu diagnozy i terapii logopedycznej, w tym świadczenia z zakresu neurologopedii i surdologopedii,
   - świadczenia z zakresu diagnozy i terapii pedagogicznej, w tym świadczenia z zakresu diagnozy i terapii pedagogicznej,
   - świadczenia z zakresu diagnozy i terapii widzenia,
   - świadczenia z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń SI,
   - świadczenia z zakresu terapii zajęciowej,
   - świadczenia diagnostyczno - terapeutyczne z zakresu kinezyterapii,
   - zabiegi z zakresu fizykoterapii.

4. Zajęcia prowadzone są zgodnie z program rehabilitacyjnym w ścisłej współpracy z rodzicami lub opiekunami dziecka.
5. W Pododdziale Dziennym dla Dzieci i Młodzieży przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ FARMACJI SZPITALNEJ

§ 25

1. Działem Farmacji Szpitalnej kieruje i koordynuje jej pracę Kierownik, który podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu i odpowiada przed nim za całokształt funkcjonowania Działu.
2. Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej jest członkiem Komitetu terapeutycznego.
3. Do zadań Działu Farmacji Szpitalnej należy:
   - wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
   - udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
   - organizowanie zaopatrzenia oddziałów szpitalnych w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
   - udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
   - udział w racjonalizacji farmakoterapii,
   - współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu,
   - prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny,
   - ustalanie i respektowanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych na oddziały szpitalne,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ PSYCHOLOGICZNO – TERAPEUTYCZNY

§ 26

1. Działem Psychologiczno – Terapeutycznym kieruje i koordynuje jego pracę Kierownik, który podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu i odpowiada przed nim za całokształt funkcjonowania Działu.
2. Kierownik Działu Psychologiczno – Terapeutycznego koordynuje pracą psychologów, logopedów oraz terapeutów zajęciowych.
3. Do zadań Działu należy:
   1) w zakresie terapii psychologicznej:
      - zapewnienie kompleksowej opieki psychologicznej pacjentom oraz rodzinom pacjentów poprzez:
        - pomoc i terapię psychologiczną oraz neuropsychologiczną,
        - diagnozowanie problemów psychologicznych, emocjonalnych oraz deficytów neuropsychologicznych u pacjentów,
        - tworzenie i realizowanie programów terapeutycznych dla pacjentów,

- organizowanie zajęć o charakterze psychoedukacyjnym i relaksacyjnym dla pacjentów,
- zapewnienie wsparcia psychologicznego dla pacjentów i ich rodzin;

2) w zakresie terapii logopedycznej:
   - stawianie diagnozy logopedycznej i opracowywanie planu terapii pacjentów,
   - prowadzenie terapii zaburzeń mowy o typie afazji, odbudowa funkcji językowych oraz wsparcie w komunikacji,
   - prowadzenie terapii zaburzeń oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych w dyzartrii,
   - dokonywanie wstępnej oceny funkcji połykania, karmienie terapeutyczne w dysfagii oraz instruowanie pacjenta o przestrzeganiu pozycji oraz autokontroli podczas spożywania płynów/posiłków,
   - dokonywanie oceny funkcjonowania oraz sprawności narządów artykulacyjnych z uwzględnieniem nerwów czaszkowych,
   - prowadzenie reedukacji pisania oraz czytania,
   - stymulowanie funkcji poznawczych w oparciu o materiał językowy,
   - wspieranie rodzin, udzielanie wskazówek oraz porad na temat możliwych metod komunikacji.
3) w zakresie terapii zajęciowej:
   - wspomaganie procesu rehabilitacji pacjentów,
   - uczestniczenie w procesie aktywizacji pacjenta,
   - rozpoznawanie problemów bio-psycho-społecznych pacjenta,
   - wspomaganie samodzielności w czynnościach dnia codziennego oraz poprawa jakości funkcjonowania w tym obszarze,
   - wspomaganie w aktywnym spędzaniu czasu,
   - wspomaganie w dobrym funkcjonowaniu ciała, pamięci i komunikacji osoby chorej,
   - indywidualne podejście do pacjenta – odpowiednio dopasowane metody terapeutyczne.

4. W Dziale przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ REHABILITACJI DLA DOROSŁYCH

§ 27

1. Działem kieruje i koordynuje Kierownik, który odpowiada za całokształt funkcjonowania Działu.
2. Kierownik Działu Rehabilitacji dla Dorosłych podlega służbowo Lekarzowi Naczelnemu.
3. Do podstawowych zadań Działu należy:
   - kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne i stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w schorzeniach oraz po udarach i operacjach w zakresie narządu ruchu, schorzeniach neurologicznych i reumatologicznych i kardiologicznych,
   - wykonywanie zabiegów w zakresie fizykoterapii, kinezyterapii i hydroterapii dla pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych skierowanych z Poradni przyszpitalnej oraz innych poradni zewnętrznych,

- wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych w warunkach domowych,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ REHABILITACJI DZIECIĘCEJ

§ 28

1. Działem kieruje Kierownik, który odpowiada za całokształt funkcjonowania Działu.
2. Kierownik Działu Rehabilitacji Dziecięcej podlega służbowo Lekarzowi Naczelnemu.
3. Do podstawowych zadań należy:
   - kompleksowe leczenie rehabilitacyjne oraz stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w zakresie schorzeń i urazów układu narządu ruchu, neurologicznych, reumatologicznych, w wadach postawy oraz po operacjach ortopedycznych,
   - kompleksowe leczenie rehabilitacyjne w schorzeniach układu oddechowego,
   - wykonywanie zabiegów z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii i hydroterapii dla pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych leczonych w Poradni przyszpitalnej,
   - wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych w warunkach domowych,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PORADNIA REHABILITACYJNA

§ 29

1. Poradnią Rehabilitacyjną kieruje i koordynuje jej pracę Kierownik, który podlega służbowo Lekarzowi Naczelnemu.
2. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych obejmują specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji dla dorosłych.
3. Porada lekarska rehabilitacyjna, w warunkach ambulatoryjnych obejmuje:
   1) ogólną ocenę stanu zdrowia – badania lekarskie,
   2) skierowanie na konsultację i badania dodatkowe,
   3) określenie zakresu ruchu w stawach,
   4) test czynnościowy,
   5) ocenę aktywności ruchowej,
   6) ocenę czucia powierzchownego i głębokiego,
   7) ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych,
   8) pomiar długości kończyn i stawów,
   9) ocenę chodu i lokomocji,
   10) ocenę samoobsługi i samodzielności,
   11) ocenę deformacji i zniekształceń,
   12) punkcje lecznicze i iniekcje odstawowe,
   13) zlecenie na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi oraz inne zlecenia i wnioski,

14) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego),
15) skierowanie na fizjoterapię i leczenie rehabilitacyjne,
16) końcową ocenę procesu usprawniania.

4. W Poradni Rehabilitacyjnej przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PORADNIA REHABILITACYJNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

§ 30

1. Poradnią Rehabilitacyjną dla Dzieci i Młodzieży kieruje i koordynuje jej pracę Kierownik, który podlega służbowo Lekarzowi Naczelnemu.
2. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych obejmują specjalistyczne świadczenia z zakresu rehabilitacji dzieci i młodzieży.
3. Porada lekarska rehabilitacyjna, w warunkach ambulatoryjnych obejmuje:
   1) ogólną ocenę stanu zdrowia – badania lekarskie,
   2) skierowanie na konsultację i badania dodatkowe,
   3) określenie zakresu ruchu w stawach,
   4) test czynnościowy,
   5) ocenę aktywności ruchowej,
   6) ocenę czucia powierzchownego i głębokiego,
   7) ocenę odruchów ścięgnisto- okostnowych,
   8) pomiar długości kończyn i stawów,
   9) ocenę chodu i lokomocji,
   10) ocenę samoobsługi i samodzielności,
   11) ocenę deformacji i zniekształceń,
   12) punkcje lecznicze i iniekcje odstawowe,
   13) zlecenie na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi oraz inne zlecenia i wnioski,
   14) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego),
   15) skierowanie na fizjoterapię i leczenie rehabilitacyjne,
   16) końcową ocenę procesu usprawniania.
4. W Poradni Rehabilitacyjnej dla Dzieci i Młodzieży przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PORADNIA KARDIOLOGICZNA
PORADNIA REUMATOLOGICZNA
PORADNIA NEUROLOGICZNA

§ 31

1. Poradnią Kardiologiczną, Poradnią Reumatologiczną oraz Poradnią Neurologiczną kieruje i koordynuje ich pracę Kierownik, który podlega służbowo Lekarzowi Naczelnemu.

2. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych obejmują specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii, reumatologii oraz neurologii.
3. Specjalistyczna porada lekarska w warunkach ambulatoryjnych obejmuje:
   1) kompleksową ocenę stanu zdrowia u pacjenta pierwszorazowego w tym:
      - wywiad lekarski,
      - badanie fizykalne,
      - skierowanie na badania dodatkowe,
      - ocenę dostępnych i zleconych wyników badań,
      - podjęcie decyzji terapeutycznej – określenie schematu opieki nad pacjentem,
      - wskazanie dalszego trybu opieki: dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej, skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny, skierowanie do szpitala, zakończenie leczenia specjalistycznego,
      - przygotowanie informacji dla lekarza kierującego,
   2) ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych,
   3) realizację procedur diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej,
   4) wydawanie orzeczeń lub zaświadczeń lekarskich,
   5) wystawianie zleceń na wyroby medyczne w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi,
   6) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitacje leczniczą,
   7) edukację i promocję zachowań prozdrowotnych,
   8) wykonywanie badań profilaktycznych.
4. W Poradniach przestrzega się standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PRACOWNIA PRÓB WYSIŁKOWYCH

§ 32

1. Pracownia Prób Wysiłkowych podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Kierownikowi Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej.
2. Do zadań Pracowni należy wykonywanie: testu wysiłkowego na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, nieinwazyjnych badań kardiologicznych tzn. EKG metodą Holtera, monitorowanie ciśnienia tętniczego metodą Holtera oraz monitorowanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
3. Pracą koordynuje wyznaczona pielęgniarka.
4. W trakcie badania obecny jest lekarz.

PRACOWNIA ULTRASONOGRAFII

§ 33

1. Pracownia Ultrasonografii podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
2. Koordynatorem pracy Pracowni w zakresie badań pediatrycznych jest Ordynator/Kierownik Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży, a w zakresie badań dla dorosłych Ordynator/Kierownik Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej.
3. Do zadań Pracowni należy:
   - wykonywanie badań ultrasonograficznych, w tym badań układu kostno-stawowego i serca,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
4. Każdy pacjent korzystający z usług medycznych Pracowni powinien być wpisany do księgi badań.
5. Numer kolejny z księgi badań służy do oznaczenia i identyfikacji zdjęć. Każde zdjęcie powinno mieć wpisane imię i nazwisko pacjenta oraz datę wykonania.
6. W Pracowni winny być umieszczone w widocznym miejscu instrukcje dotyczące zachowania się pacjentów oraz instrukcje BHP i p/pożarowe dla pracowników.

PRACOWNIA SPIROMETRYCZNA

§ 34

1. Pracownia Spirometryczna podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży.
2. Do zadań Pracowni Spirometrycznej należy ocena wydolności i zaburzeń czynności płuc oraz monitorowanie efektu leczniczego układu oddechowego oraz przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
3. Pracą Pracowni koordynuje wyznaczona pielęgniarka.

PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI

§ 35

1. Pracownia Rentgenodiagnostyki podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
2. Koordynatorem pracy w Pracowni jest Ordynator/Kierownik Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży.
3. Do zadań Pracowni należy:
   - wykonywanie badań rentgenowskich zgodnie z wiedzą medyczną,
   - wykonywanie testów eksploatacyjnych,
   - sporządzanie opisów badań rentgenowskich,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
4. Każdy pacjent korzystający z usług medycznych Pracowni powinien być wpisany do księgi badań.
5. Numer kolejny z księgi badań służy do oznaczenia i identyfikacji zdjęć. Każde zdjęcie powinno mieć wpisane imię i nazwisko pacjenta oraz datę wykonania.
6. W Pracowni powinna być prowadzona księga materiałowa.

7. W Pracowni winny być umieszczone w widocznym miejscu instrukcje dotyczące zachowania się pacjentów oraz instrukcje BHP i p/pożarowe dla pracowników.

PRACOWNIA ANALITYCZNA

§ 36

1. Pracownią Analityczną kieruje i koordynuje jej pracę Kierownik, który bezpośrednio podlega Lekarzowi Naczelnemu.
2. Do zadań Pracowni należy:
   1) wykonywanie badań laboratoryjnych z zakresu:
      - analityki ogólnej,
      - biochemii,
      - hematologii,
   2) prowadzenie szczegółowej dokumentacji badań, a przede wszystkim:
      - książki badań wykonywanych dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie,
      - książki badań wykonywanych dla pacjentów leczonych stacjonarnie, oddzielanej dla każdego oddziału.
3. Pracownia nadzorowana jest przez diagnostę laboratoryjnego, którego zadaniem jest:
   - nadzór nad jakością wykonywanych badań i zgodnością metodyki badań z obowiązującymi standardami i wiedzą medyczną,
   - nadzór nad prowadzeniem ewidencji medycznej dotyczącej laboratorium,
   - analiza kart kontroli,
   - śledzenie i wdrażanie zarządzeń wynikających z prowadzenia laboratorium tj. zmiany przepisów, nowe wytyczne Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PRACOWNIA POMIAROWA

§ 37

1. Pracownia Pomiarowa podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
2. Koordynatorem pracy w Pracowni Pomiarowej jest Kierownik Działu Rehabilitacji dla Dorosłych.
3. Do zadań Pracowni Pomiarowej należy ocena równowagi, ocena siły izometrycznej i dynamicznej, ocena zakresów ruchu oraz przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

PRACOWNIA POMIAROWA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

§ 38

1. Pracownia Pomiarowa dla Dzieci i Młodzieży podlega bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu.
2. Koordynatorem pracy w Pracowni Pomiarowej jest Kierownik Działu Rehabilitacji Dziecięcej.

3. Do zadań Pracowni Pomiarowej dla Dzieci i Młodzieży należy ocena równowagi, ocena siły izometrycznej i dynamicznej, ocena zakresów ruchu oraz przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ ŻYWIENIA

§ 39

1. Działem Żywienia kieruje Kierownik, który służbowo podlega Przełożonej Pielęgniarek.
2. Koordynatorami pracy w Dziale Żywienia są Dietetyczki, które służbowo podlegają Przełożonej Pielęgniarek i odpowiadają za:
   - przygotowanie odpowiednich diet dla pacjentów zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy,
   - tworzenie jadłospisów,
   - prowadzenie edukacji i instruktażu pacjentów w zakresie prawidłowego odżywiania.
3. Do podstawowych zadań Działu Żywienia należy:
   - pobieranie zamówionego towaru z magazynu żywnościowego,
   - nadzór nad gotowaniem i wydawaniem posiłków dla pacjentów i pracowników Szpitala,
   - dbanie o odpowiedną kaloryczność i gramaturę przygotowanych diet,
   - prowadzenie systemu HACCP,
   - tworzenie planów pracy pracowników kuchni,
   - rozliczenie godzin pracy pracowników,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ UTRZYMANIA CZYSTOŚCI

§ 40

1. Działem Utrzymania Czystości kieruje Przełożona Pielęgniarek, która koordynuje pracą salowych i sprzątaczek.
2. Do podstawowych zadań Działu Utrzymania Czystości należy:
   - utrzymywanie właściwego stanu sanitarno-higienicznego we wszystkich salach chorych, pomieszczeniach sanitarnych oraz w pozostałych pomieszczeniach wchodzących w skład budynków Szpitala,
   - przestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych i epidemiologicznych,
   - utrzymywanie czystości sprzętów znajdujących się w pomieszczeniach,
   - utrzymanie w czystości urządzeń i sprzętów wykorzystywanych do prac związanych z utrzymaniem czystości,
   - wietrzenie sal pacjentów,
   - zmiana lub pomoc przy zmianie bielizny pościelowej, mycie i dezynfekcja łóżek po pacjencie,
   - zarządzanie bielizną czystą i brudną oraz prowadzenie książki spisu bielizny zdanej do pralni,
   - udzielanie pomocy chorym przy zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych oraz opróżnianie i dezynfekcja naczyń z wydzielinami i wydalinami,
   - pomoc przy pielęgnacji pacjentów,

- wykonywanie zleceń Lekarza i Pielęgniarki Oddziałowej pod kątem wsparcia w opiece nad chorym – w zakresie kompetencji posiadanych przez pracownika działu,
- dystrybucja posiłków z kuchni na sale pacjentów,
- pomoc w karmieniu chorych,
- sprzątanie sal chorych po posiłkach,
- przekazywanie naczyń po posiłkach do kuchni,
- właściwe gospodarowanie środkami czystości,
- właściwa gospodarka i postępowanie z odpadami medycznymi,
- zgłaszanie usterek technicznych do przełożonego,
- przestrzeganie procedur i instrukcji obowiązujących w Dziale,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ EKONOMICZNO – FINANSOWY

§ 41

1. Działem kieruje Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno–Ekonomicznych – Główny Księgowy, który podlega Dyrektorowi Szpitala.
2. Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno–Ekonomicznych – Główny Księgowy nadzoruje i kontroluje pracę Działu Ekonomiczno – Finansowego i Kasy.
3. Do podstawowych zadań Działu Ekonomiczno – Finansowego należy:
   - prowadzenie ksiąg rachunkowych zgodnie z ustawą o rachunkowości i przepisami wewnętrznymi,
   - prowadzenie rejestrów Vat oraz ewidencji zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
   - sprawdzanie dokumentów pod względem formalno – rachunkowym oraz dekretowanie,
   - okresowe ustalanie drogą inwentaryzacji stanu aktywów i pasywów,
   - wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
   - sporządzanie sprawozdań finansowych, statystycznych, rozliczeniowych,
   - prowadzenie Kasy Szpitala oraz rozliczanie kas wewnętrznych,
   - sporządzanie dokumentów księgowych oraz wystawianie faktur,
   - sporządzanie przelewów i ich realizacja zgodnie z terminem zapłaty,
   - prowadzenie rozliczeń z bankiem,
   - naliczanie amortyzacji oraz wystawianie dokumentów związanych z ewidencją majątku,
   - sporządzanie sprawozdań finansowych, rozliczeniowych, statystycznych,
   - prowadzenie ubezpieczeń pracowników,
   - sporządzanie obowiązujących prawem dokumentów dla urzędu skarbowego, zakładu ubezpieczeń społecznych oraz prowadzenie rozliczeń zgodnie z obowiązującą w tym zakresie terminowością,
   - prawidłowe wypłacanie wynagrodzeń,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I LOGISTYKI

§ 42

1. Działem kieruje Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Logistyki, który służbowo podlega Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno – Ekonomicznych – Głównej Księgowej.
2. Do obowiązków Kierownika Działu należy:
   - zapewnienie prawidłowego działania Szpitala w zakresie zamówień publicznych, logistyki, działania magazynów, gospodarowania mieniem, monitorowania zużycia czynników energetycznych, działań usługowo - handlowych oraz działań marketingowo – promocyjnych,
   - kierowanie, planowanie, organizowanie i nadzorowanie działu w zakresie logistyki, zamówień publicznych i gospodarki magazynowej;
   - organizacja i nadzór pracy podległego personelu na optymalnym poziomie jakościowym, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, dostępnymi materiałami i środkami oraz przepisami w tym zakresie;
   - przestrzeganie regulaminu pracy, przepisów bhp i p/poż;
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
3. Do podstawowych zadań tego Działu należy:
   1) w zakresie zamówień publicznych:
      - przeprowadzanie zaopatrzenia Szpitala zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych oraz regulaminami wewnętrznymi, w tym przyjmowanie i rejestracja wniosków zgłaszanych przez jednostki organizacyjne na dostawy towarów, usługi i roboty budowlane,
      - pomoc przy opracowywaniu planów zakupów towarów, usług i robót budowlanych przez komórki organizacyjne,
      - określenie trybu realizacji zamówień zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
      - prowadzenie, gromadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji związanej z przeprowadzonymi przetargami i postępowaniami ofertowymi,
      - organizacja i udział w komisjach przetargowych,
      - terminowe przekazywanie informacji do Urzędu Zamówień Publicznych
      - administrowanie umów wynikających z udzielania zamówień publicznych oraz gromadzenie dokumentacji dotyczącej zamówień publicznych,
      - prowadzenie rejestru umów z kontrahentami, dotyczących zakupów towarów, usług i robót budowlanych,
      - prowadzenie rejestru postępowań przetargowych,
      - sporządzanie planów zamówień publicznych i sprawozdań z ich realizacji,
      - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO;
   2) w zakresie logistyki:
      - dokonywanie zakupów i usług zgodnie z zapotrzebowaniem poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala na podstawie przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych,

- opisywanie faktur za zakupione towary, usługi i roboty budowlane, ich właściwa klasyfikacja pod względem sposobu realizacji zakupu, źródła finansowania, zgodności z zapotrzebowaniem,
- składanie reklamacji w przypadku otrzymania towarów niezgodnych ilościowo i jakościowo ze złożonymi zamówieniami,
- właściwe składowanie zakupionych i magazynowanych materiałów i zabezpieczenie ich przed kradzieżą i zniszczeniem,
- opracowanie zleceń, prowadzenie stosownej procedury wymaganej przy określonego rodzaju zakupach,
- prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO;

3) w zakresie gospodarki magazynowej:
   - prowadzenie magazynu żywnościowego, gospodarczego, technicznego, odzieżowego oraz inwestycyjnego,
   - opracowanie zleceń, prowadzenie stosownej procedury wymaganej przy określonego rodzaju zakupach, prowadzenie stosownej dokumentacji dotyczącej odbioru i rozliczenia towarów, przestrzeganie przepisów i procedur przewidzianych w ustawie o zamówieniach publicznych,
   - zapewnienie odpowiedniej jakości produktów i artykułów, analiza rynku w tym zakresie, sprawdzanie wiarygodności dostawców, zapewnienie terminowych dostaw,
   - prowadzenie ewidencji dostaw artykułów żywnościowych, gospodarczych, sporządzanie planu zaopatrzenia Szpitala,
   - opisywanie faktur za zakupione towary, usługi i roboty budowlane, ich właściwa klasyfikacja pod względem sposobu realizacji zakupu, źródła finansowania, zgodności z zapotrzebowaniem oraz zgłaszanie reklamacji,
   - prowadzenie ewidencji dostaw,
   - prowadzenie planowej gospodarki magazynowej, w tym analiza stanów magazynowych i upłynnianie zapasów,
   - kontrola nad właściwym przechowywaniem i konserwacją przedmiotów znajdujących się w magazynie,
   - uzgadnianie stanów magazynowych z Działem Ekonomiczną – Finansowym,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
4) w zakresie usługowo – handlowym:
   - nadzór nad działaniami usługowo - handlowymi związanymi z wynajmem pomieszczeń szpitalnych, sporządzaniem umów za wynajem i dzierżawę pomieszczeń na terenie Szpitala oraz naliczaniem opłat związanych z wynajmem pomieszczeń.

DZIAŁ ZARZĄDZANIA ZASOBAMI LUDZKIMI

§ 43

1. Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi bezpośrednio podlega Z-cy Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych.
2. Do podstawowych zadań Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi należy:
   - sporządzanie, zawieranie i rozwiązywanie umów o pracę,
   - tworzenie i uaktualnianie systemu prowadzenia dokumentacji pracowniczej,
   - prowadzenie i przyjmowanie dokumentacji związanej z przyjęciem i zwalnianiem pracowników, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   - prowadzenie akt osobowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   - prowadzenie rejestru pracowników przyjętych i zwolnionych,
   - sporządzanie żądanych wykazów oraz opracowywanie druków sprawozdawczości z kadr,
   - prowadzenie ewidencji zwolnień lekarskich,
   - prowadzenie ewidencji urlopów wypoczynkowych, bezpłatnych, okolicznościowych, wychowawczych, szkolnych itp.,
   - sporządzanie i wydawanie zaświadczeń, świadectw pracy oraz dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje,
   - prowadzenie dokumentacji z zakresu kształcenia i dokształcania pracowników, sporządzanie umów na dokształcanie,
   - prognozowanie, planowanie i bilansowanie potrzeb kadrowych Szpitala,
   - wystawianie skierowań na badania wstępne, okresowe i kontrolne oraz czuwanie nad terminowym dostarczeniem ich do działu, prowadzenie odpowiedniej ewidencji,
   - obsługa programów komputerowych, uzupełnianie na bieżąco danych w istniejących programach,
   - terminowe zgłaszanie pracowników medycznych przyjętych i zwolnionych do Narodowego Funduszu Zdrowia w Portalu świadczeniodawcy,
   - przygotowywanie wniosków na rentę, emeryturę, świadczenia rehabilitacyjne,
   - przygotowywanie pełnej dokumentacji do wypłaty: wprowadzanie dla wszystkich pracowników harmonogramów pracy, wprowadzanie dyżurów medycznych, dodatków nocnych i świątecznych pielęgniarek, nadgodzin, absencji itp.,
   - przygotowywanie poleceń wypłaty gratyfikacji jubileuszowych i odpraw emerytalnych zgodnie z aktualnym regulaminem wynagradzania obowiązującym w Szpitalu,
   - przygotowywanie pełnej dokumentacji wymaganej przez Ministerstwo Zdrowia dla lekarzy skierowanych do odbywania specjalizacji w trybie rezydenckim oraz prowadzenie bieżącej dokumentacji,
   - przygotowywanie pełnej dokumentacji i prowadzenie dokumentacji dla lekarzy odbywających specjalizację w trybie pozarezydenckim,
   - przeprowadzanie konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne dla lekarzy, pielęgniarek lub innych osób wykonujących zawód medyczny,

- przeprowadzanie konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w Szpitalu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- opracowywanie ankiet związanych z okresową oceną pracownika,
- prowadzenie i aktualizacja baz danych w postaci zapisów elektronicznych,
- przygotowywanie dokumentów dla potrzeb ZUS (zgłoszenia, wyrejestrowania, zmiany danych osobowych, kodów zatrudnień itp.),
- współpraca z powiatowym i wojewódzkim urzędem pracy, ZUS, oraz innymi podmiotami działającymi w zakresie uprawnień pracowniczych,
- archiwizowanie i zabezpieczenie dokumentacji pracowniczej,
- przygotowywanie dokumentów do konkursu ofert z NFZ w zakresie personelu,
- w zakresie działalności socjalno–bytowej – planowanie funduszu socjalnego, analizowanie i kontrolowanie jego wykorzystania,
- gospodarowanie zakładowym funduszem świadczeń socjalnych zgodnie z regulaminem przyznawania świadczeń z tego funduszu,
- organizowanie pomocy socjalnej dla pracowników i ich rodzin,
- kształtowanie kultury organizacyjnej poprzez planowanie i koordynowanie polityki dot. stosunków międzyludzkich oraz relacji pomiędzy pracownikami a pracodawcą,
- zaznajamianie się z obowiązującymi przepisami prawa pracy i innymi przepisami koniecznymi do prawidłowego załatwiania spraw z zakresu prawa pracy w ramach samokształcenia,
- obliczanie wynagrodzeń dla pracowników zatrudnionych wg różnych form zatrudnienia oraz dokonywanie wszystkich obowiązujących prawem potrąceń,
- naliczanie i rozliczanie dodatkowych wynagrodzeń takich jak: nagrody jubileuszowe, odprawy itp. zgodnie z regulaminem wynagradzania,
- sporządzanie obowiązujących prawem dokumentów dla urzędu skarbowego, zakładu ubezpieczeń społecznych oraz prowadzenie rozliczeń zgodnie z obowiązującą w tym zakresie terminowością,
- prowadzenie kasy zapomogowo – pożyczkowej,
- przestrzeganie zakładowego regulaminu pracy, przepisów bhp i p/poż,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

SKŁADNICA AKT ADMINISTRACYJNYCH

§ 44

1. Za działanie Składnicy Akt Administracyjnych odpowiedzialny jest:
   - w zakresie akt personalnych – Z-ca Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych,
   - w zakresie pozostałej dokumentacji administracyjnej Kierownik Działu Organizacyjno – Logistycznego.
2. Do podstawowych zadań Składnicy Akt Administracyjnych należy:
   - gromadzenie i przechowywanie dokumentacji zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt ustalonym przez Dyrektora Szpitala,

- ewidencjonowanie i udostępnianie dokumentacji,
- przygotowywanie i przekazywanie dokumentacji do brakowania,
- zabezpieczenie dokumentacji przez zniszczeniem,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

SEKRETARIAT

§ 45

1. Sekretariat bezpośrednio podlega Dyrektorowi.
2. Do podstawowych zadań na Sekretariatu należy m. in.:
   - prowadzenie prawidłowego obiegu dokumentów zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
   - nadzór nad terminowością rozpatrywania skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające z usług Szpitala,
   - uzgadnianie z Dyrektorem terminów spotkań i zawiadamianie osób w nich uczestniczących.
   - prowadzenie książki kontroli, ewidencji protokołów oraz zaleceń pokontrolnych, rozsyłanie zaleceń do kierowników komórek organizacyjnych, zbieranie odpowiedzi,
   - prowadzenie rejestru spraw sądowych,
   - przestrzeganie przepisów Kodeksu Pracy, Regulaminu Pracy i innych aktów prawnych,
   - wykonywanie innych poleceń służbowych,
   - przechowywanie dokumentów Szpitala do czasu przekazania do Składnicy Akt Administracyjnych,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ STATYSTYKI MEDYCZNEJ I ROZLICZEŃ Z NFZ

§ 46

1. Działem Statystyki Medycznej i rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia kieruje i koordynuje jej pracę Kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do podstawowych zadań działu należy:
   - przyjmowanie pacjentów skierowanych do Szpitala na leczenie stacjonarne i ambulatoryjne oraz informowanie o przybyciu pacjenta lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i Poradni,
   - wprowadzanie danych pacjenta do rejestru (księga główna, komputer),
   - zawiadamianie pacjentów o terminie przyjęcia na leczenie,
   - prowadzenie kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne, informowanie zainteresowanych o ich miejscu w kolejce,
   - uzgadnianie ruchu chorych z oddziałami,
   - zbieranie i opracowywanie danych statystycznych z działalności leczniczo – stacjonarnej Szpitala oraz sporządzanie obowiązującej statystyki i sprawozdawczości własnej i zewnętrznej,
   - przygotowanie planu realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, nadzorowanie jego wykonania oraz informowanie o ewentualnych zagrożeniach jego wykonania,

- przygotowanie oferty kontraktowej do Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne,
- elektroniczne ewidencjonowanie informacji związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zrealizowanych przez Szpital,
- przygotowanie dokumentów rozliczeniowych w zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatników zwłaszcza przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- prowadzenie archiwum dokumentacji medycznej leczonych pacjentów,
- prowadzenie korespondencji dot. pobytu chorych w Szpitalu, wydawanie odpisów, kserokopii dokumentacji medycznej z lat ubiegłych pacjentom zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- prowadzenie ewidencji wysyłanych oryginałów dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- tworzenie i analiza korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia/Płatnikiem,
- bieżące monitorowanie komunikatów, ogłoszeń konkursów i informacji na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia – Centrali i Oddziałów NFZ,
- monitorowanie i analizowanie aktów prawnych, w tym: Rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i innych,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

SKŁADNICA AKT MEDYCZNYCH

§ 47

1. Za całokształt pracy Składnicy Akt Medycznych odpowiedzialny jest Kierownik Działu Statystyki Medycznej i rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Do podstawowych zadań Składnicy Akt Medycznych należy:
   - gromadzenie i przechowywanie dokumentacji zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt ustalonym przez Dyrektora Szpitala,
   - zabezpieczenie dokumentacji przez zniszczeniem,
   - ewidencjonowanie i udostępnianie dokumentacji,
   - przygotowywanie i przekazywanie dokumentacji do brakowania,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ INWESTYCYJNO – REMONTOWY

§ 48

1. Działem kieruje Kierownik Działu Inwestycyjno–Remontowego, który odpowiada służbowo za całokształt pracy i funkcjonowanie działu przed Dyrektorem.
2. Do najważniejszych zadań Kierownika Działu Inwestycyjno – Remontowego należy:
   - opracowanie planów inwestycyjno-remontowych, nadzór nad ich realizacją oraz sporządzanie sprawozdań z ich realizacji,

- nadzorowanie prac remontowo-budowlanych i inwestycyjnych, w tym nadzorowanie pracy wykonawców,
- sporządzanie protokołów odbioru robót budowlanych,
- nadzór nad celowością wykonywania ewentualnych robót dodatkowych w trakcie prac inwestycyjno-remontowych,
- informowanie Dyrektora Szpitala o wszelkich niezgodnościach stanu obiektów, budynkowi infrastruktury szpitalnej z obowiązującymi przepisami,
- przegląd stanu technicznego obiektów szpitalnych i sporządzanie planu remontów,
- współpraca w zakresie planu remontów i inwestycji z księgowością oraz zamówieniami publicznymi Szpitala oraz innymi komórkami celem utrzymania mienia Szpitala w dobrym stanie,
- prowadzenie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości oraz sprzętu i aparatury,
- uzgadnianie terminu remontów z działem medycznym,
- nadzór i organizowanie pracy pracowników obsługi technicznej,
- nadzór nad właściwym funkcjonowaniem obiektów, urządzeń, technologii oraz instalacji, a w szczególności: instalacji solarnej, systemu zarządzania energią, stacji ujęcia wody, basenów, instalacji elektrycznej, wodno-kanalizacyjnej, ogrzewania, alarmowej, uzdatniania wody, wentylacji,
- udział w pracach komisji przetargowej na wykonanie prac remontowo-budowlanych,
- nadzorowanie dostaw, magazynowania i zabezpieczenia wyposażenia remontowego,
- koordynowanie i nadzorowanie prowadzenia prawidłowej eksploatacji technologicznej obiektów szpitala, urządzeń i technologii,
- niezwłoczne usuwanie wszelkich awarii powstałych na trenie Szpitala podległymi służbami lub zlecanie ich usunięcia specjalistycznym firmom,
- nadzór i bieżące kontrolowanie oraz udział w zakresie zaopatrzenia techniczno-inwestycyjnego zgodnie z Ustawą o zamówieniach publicznych pod względem celowości, legalności oraz udokumentowania danych w celu przeprowadzenia procedur zgodnie z przepisami prawa,
- nadzór nad ustaleniem rozkładu zajęć podległych pracowników zapewniającym konieczne zastępstwo w razie nieobecności,
- przeprowadzenie okresowych przeglądów budynków, urządzeń, technologii i instalacji w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów i niezbędnych konserwacji,
- nadzorowanie prac porządkowych na terenie Szpitala,
- techniczne prowadzenie, realizacja i nadzorowanie przebiegu umów,
- opracowywanie sprawozdań z analiz,
- udział w inwentaryzacji i kasacji mienia,
- przestrzeganie regulaminu pracy i przepisów BHP oraz p/poż.
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

3. Do podstawowych zadań działu należy prowadzenie gospodarki energetycznej, zapewnienie prawidłowej eksploatacji maszyn i urządzeń, zapewnienie prawidłowego prowadzenia inwestycji i remontów, zaopatrzenia i dostaw, a w szczególności:
   - zlecanie, prowadzenie i archiwizowanie odpowiedniej dokumentacji technicznej budynków i urządzeń wchodzących w skład Szpitala, związanej z konserwacją, remontami, rozbudową oraz eksploatacją tych obiektów i urządzeń oraz prowadzenie spraw związanych z zabezpieczeniem przeciwpożarowym,
   - zapewnienie nadzoru inwestorskiego nad prowadzonymi robotami zgodnie z wymogami prawa budowlanego, zapewnienie współpracy i współdziałania pomiędzy inspektorami nadzoru poszczególnych branż, nadzór nad prawidłowym zapewnieniem przez wykonawców wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów ochrony przeciwpożarowej,
   - zapewnienie zlecenia robót i dostaw zgodnie z przepisami ustawy o zamówieniach publicznych, egzekwowanie od wykonawców kwalifikacji zgodnych z postanowieniami prawa budowlanego,
   - prowadzenie księgi obiektów budowlanych oraz paszportów urządzeń dozorowych, współpraca w tym zakresie z odpowiednią instytucją dozoru technicznego,
   - zapewnienie prawidłowego funkcjonowania warsztatów, dyżuru technicznego w zakresie utrzymania stałej gotowości maszyn i urządzeń, ich prawidłowej eksploatacji i bieżącej konserwacji,
   - prowadzenie racjonalnej gospodarki energetycznej w zakresie odpowiedniego wykorzystania energii elektrycznej, cieplnej oraz gazów technicznych i medycznych, nadzór nad odpowiednim zaopatrzeniem Szpitala w te czynniki,
   - prowadzenie okresowych kontroli i prowadzenie stosownej dokumentacji dotyczącej: instalacji elektrycznej i odgromowej, baterii akumulatorowych, agregatów prądotwórczych, hydrantów,
   - zapewnienie prawidłowego funkcjonowania urządzeń dźwigowych,
   - ewidencjonowanie zużycia czynników energetycznych, sporządzeń stosownej sprawozdawczości w tym zakresie,
   - zapewnienie właściwego nadzoru i kontroli nad zabezpieczeniem powierzonego mienia przed zniszczeniem i kradzieżą,
   - sporządzanie planów inwestycyjnych i planów remontów bieżących oraz planów zakupów inwestycyjnych,
   - wykonywanie planów przeglądów aparatury, urządzeń i technologii szpitalnej oraz ich realizacja,
   - wykonywanie planów przeglądów gwarancyjnych oraz kontrola ich realizacji,
   - sporządzanie sprawozdań z realizacji zadań,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

DZIAŁ INFORMATYCZNY

§ 49

1. Działem kieruje Kierownik, który służbowo podlega Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Kierownika Działu Informatycznego należy w szczególności dopilnowanie prawidłowego funkcjonowania systemu informatycznego oraz infrastruktury IT (Information Technology).
3. Do podstawowych zadań Działu należy:
   - prowadzenie wykazu komputerów, oprogramowania i drukarek będących w posiadaniu Szpitala oraz prowadzenie ich dokumentacji,
   - prowadzenie dokumentacji (sieci, sprzętu, oprogramowania),
   - przedstawianie informacji i przygotowanie planu wymiany i zamiany komputerów oraz oprogramowania będących w użytkowaniu pracowników Szpitala,
   - archiwizacja danych księgowych,
   - czuwanie nad oprogramowaniem serwerów i stacji roboczych w Szpitalu oraz sprawdzanie poprawności działania sprzętu komputerowego oraz sieci, w tym archiwizowanie danych,
   - współpraca z informatykami i firmami systemów współdziałających, w zakresie usunięcia awarii i archiwizacja danych,
   - utrzymanie w stałej sprawności techniczno-eksploatacyjnej urządzeń infrastruktury informatycznej oraz sieci strukturalnej i światłowodu,
   - zabezpieczenie stacji regularną ochroną antywirusową oraz zabezpieczenie sprzętu komputerowego pod kątem ochrony danych osobowych,
   - konserwacja i diagnostyka aplikacji użytkowych, w tym aktualizacja oprogramowania użytkowego,
   - pomoc i doradztwo w zakupie i konfiguracji nowego sprzętu i oprogramowania - wydawanie opinii pisemnej,
   - utrzymanie, nadzór nad BIP (Biuletyn Informacji Publicznej),
   - zabezpieczenie ciągłości umów związanych z domeną strony internetowej oraz kont pocztowych (e-mail),
   - wybór optymalnej przepustowości łącza internetowego, koordynowanie oraz nadzór nad wyborem dostawcy,
   - nadzorowanie i obsługa zintegrowanego systemu zarządzania Szpitalem (część biała, część szara),
   - naprawa sprzętu komputerowego, który nie jest objęty gwarancją dostawców,
   - wsparcie techniczne dla bieżących problemów występujących podczas pracy w zakresie sprzętu i oprogramowania,
   - bieżąca aktualizacja strony internetowej Szpitala,
   - zapewnienie prawidłowego funkcjonowania centrali telefonicznej i sieci teletechnicznych,
   - prowadzenie nadzoru nad właściwym funkcjonowaniem sieci komputerowej i telefonicznej,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

SAMODZIELNE STANOWISKA PRACY

§ 50

1. W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębnia się samodzielne stanowiska pracy:
   a) Stanowisko ds. Usługowo – Handlowych,
   b) Stanowisko ds. Organizacji,
   c) Stanowisko ds. Obronnych i Rezerw,
   d) Stanowisko ds. BHP o p/poż,
   e) Stanowisko ds. Obsługi Prawnej,
   f) Stanowisko ds. Epidemiologii,
   g) Stanowisko ds. Ochrony Środowiska,
   h) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
   i) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
   j) Pełnomocnik ds. Jakości (standardy akredytacyjne),
   k) Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością (ISO 9001),
   l) Pełnomocnik ds. Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (ISO 27001),
   m) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.
2. Stanowisko, o którym mowa w ust. 1 lit. a) bezpośrednio podlega Kierownikowi Działu Zamówień Publicznych i Logistyki.
3. Stanowisko, o którym mowa w ust. 1 lit. b) bezpośrednio podlega Z-cy Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych.
4. Stanowiska wyszczególnione w ust. 1 lit. c) – m) bezpośrednio podlegają Dyrektorowi Szpitala.
5. Stanowisko ds. Usługowo – Handlowych zajmuje się prowadzeniem działalności usługowo – handlowej zgodnie ze Statutem Szpitala, związanej z wynajmem pomieszczeń szpitalnych, sporządzaniem umów za wynajem i dzierżawę pomieszczeń na terenie Szpitala oraz naliczaniem opłat związanych z wynajmem pomieszczeń zgodnie ze standardami akredytacyjnymi i procedurami ISO.
6. Do podstawowych zadań na Stanowisku ds. Organizacji należy:
   - zapewnienie prawidłowej i zgodnej z obowiązującymi przepisami struktury organizacyjnej Szpitala,
   - opracowywanie projektów zmian zmierzających do usprawnienia i zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Szpitala, opracowywanie programów działania, rozszerzenia profilu działalności, zmian funkcjonalnych i strukturalnych,
   - opracowywanie wszelkiego rodzaju wewnętrznych aktów prawnych, regulujących zasady funkcjonowania Szpitala,
   - informowanie o zmianach w przepisach prawnych lub konieczności stosowania prawem przewidzianych procedur,
   - interpretacja obowiązujących w Szpitalu regulaminów, zarządzeń i poleceń pracowniczych Dyrektora Szpitala,

- obsługa administracyjna Rady Społecznej, sporządzanie protokołów posiedzeń, opracowywanie projektów uchwał,
- nadzór nad działaniami marketingowo – promocyjnymi w zakresie kontroli materiałów informacyjnych o Szpitalu (właściwe treści, użyte oznaczenia, grafika);
- prowadzenie zadań z zakresu Kontroli Zarządczej,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO;

7. Do podstawowych czynności na Stanowisku ds. Obronnych i Rezerw należy m. in.:
   - wykonywanie zadań obronnych wynikających z przepisów prawa,
   - planowanie przedsięwzięć w sprawach obronnych na okres pokoju, w warunkach zewnętrznego zagrożenia państwa i w czasie wojny,
   - określenie zadań do realizacji przez wewnętrzne komórki organizacyjne w zakresie obronności na okres zagrożenia i wojny, sytuacji kryzysowych oraz nadzór nad ich realizacją,
   - organizowanie szkoleń oraz sporządzanie i aktualizowanie dokumentacji w zakresie spraw obronnych,
   - zapewnienie właściwego opracowania, ewidencjonowania i przechowywania dokumentacji o charakterze planistyczno – obronnym,
   - prowadzenie spraw związanych obronnością we współpracy z administracją publiczną i instytucjami odpowiedzialnymi za jej tworzenie,
   - koordynowanie i realizacja zadań prewencyjnych dotyczących zagrożeń związanych z powodzią, huraganem, suszą, katastrofą komunikacyjną, awarią techniczną mediów (gaz, elektryczność, woda), epidemią, terroryzmem,
   - opracowanie i aktualizacja planu przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie na potrzeby obronne państwa;
   - realizacja czynności związanych z reklamowaniem pracowników jednostki org. od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w czasie mobilizacji i w czasie wojny,
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.
8. Do zadań na Stanowisko ds. BHP i p/poż należy m. in.:
   - przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa oraz sporządzanie okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, prowadzenie postępowania w sprawach ustalania okoliczności wypadków przy pracy w drodze do lub z pracy,
   - opracowywanie wniosków związanych z wypadkami przy pracy, zachorowaniami na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji wniosków w tych sprawach,
   - prowadzenie rejestru wypadków w pracy i chorób zawodowych,
   - współpraca z laboratoriami referencyjnymi posiadającymi stosowne uprawnienia w zakresie dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy oraz prowadzenie ich rejestru,
   - współpraca z lekarzem sprawującym opiekę profilaktyczną nad pracownikami Szpitala,
   - uczestniczenie w pracach Komisji BHP,

- organizowanie i zapewnienie odpowiedniego rodzaju szkoleń nowo przyjmowanych pracowników w zakresie BHP i p/poż oraz zapewnienie właściwej adaptacji zawodowej tych pracowników, oraz współpraca z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi,
- udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na poszczególnych stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne oraz dobór najwłaściwszych środków ochrony indywidualnej,
- działanie zgodne z ustawą o ochronie przeciwpożarowej oraz innych szczegółowych przepisów,
- nadzór nad aktualizacją planów ewakuacyjnych oraz Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego,
- nadzór nad przeprowadzaniem kontroli i oceny stanu technicznego wentylacji, instalacji elektrycznej oraz przeglądów kominowych poszczególnych budynków Szpitala,
- nadzór nad sprawdzaniem stanu technicznego i skuteczności działania instalacji sygnalizacji pożaru i systemu oddymiania,
- przeprowadzanie kontroli stanu zabezpieczeń przeciwpożarowych, instalacji i atestów w Szpitalu,
- dbałość o podręczny sprzęt gaśniczy i hydranty, w tym o regularne serwisowanie i prawidłowe oznakowanie dróg ewakuacyjnych,
- szkolenie pracowników w zakresie ewakuacji oraz na wypadek pożaru,
- reprezentowanie Szpitala w kontrolach (PIP, straż),
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

9. Do podstawowych zadań na Stanowisku ds. Obsługi Prawnej należy m.in.:
   - świadczenie pomocy prawnej oraz ochrona interesów Szpitala zgodnie z ustawą o radcach prawnych,
   - udzielanie porad i konsultacje w zakresie stosowania prawa,
   - wydawanie opinii prawnych,
   - opiniowanie pod względem formalno – prawnym projektów umów, regulaminów i innych wewnętrznych aktów prawnych,
   - opracowywanie pism procesowych,
   - reprezentowanie Szpitala w postępowaniach sądowych, egzekucyjnych i administracyjnych.
10. Do zadań na Stanowisku ds. Epidemiologii należy:
   - współpraca w wypracowaniu strategii działań Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
   - nadzór i monitorowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego komórek organizacyjnych Szpitala, zakażeń wewnątrzszpitalnych,
   - nadzór nad sposobem przechowywania sterylnego sprzętu medycznego i aparatury medycznej,
   - określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
   - analiza źródła zakażeń,

- przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego oraz przedstawianie wyników prac kadrze kierowniczej Szpitala,
- nadzór nad prowadzeniem dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych (szczególnie związanej z rejestracją pacjentów i personelu z zakażeniem szpitalnym),
- uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentami z zakażeniem szpitalnym,
- nadzór nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
- współpraca z komórkami organizacyjnymi odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu - inspektorem bhp,
- organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń, higieny szpitalnej i zasad bezpiecznej pracy z materiałami zakaźnymi oraz w zakresie żywienia pacjentów,
- udział w kontrolach prowadzonych przez stacje sanitarno – epidemiologiczne,
- współpraca z Powiatową i Wojewódzką Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną,
- nadzór nad terminowym i rzetelnym wykonaniem zaleceń sanitarno – epidemiologicznych,
- prowadzenie szkolenia sanitarno – epidemiologiczne dla nowo przyjętych pracowników,
- sporządzanie raportów dotyczących stanu sanitarno-higienicznego poszczególnych oddziałów wraz z określeniem czynnika ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
- zgłaszanie zapotrzebowania na zakup sprzętu, materiałów i usług służących zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych,
- opiniowanie projektów remontów, inwestycji i zakupów mających wpływ na stan higieniczny Szpitala,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

11. Do zadań na Stanowisku ds. Ochrony Środowiska należy całokształt działań związanych z ochroną środowiska, a w szczególności:
    - prowadzenie korespondencji z zakresu ochrony środowiska z odpowiednimi instytucjami zewnętrznymi,
    - nadzór, kontrola i odpowiedzialność za kompletowanie dokumentacji,
    - kontrola nad racjonalną gospodarką energetyczną i wodną Szpitala,
    - realizowanie wyznaczonych zadań administracyjno-biurowych,
    - przygotowywanie okresowych analiz i zestawień,
    - sporządzanie prawidłowego, rzetelnego opisu zamówienia na dostawy i usługi zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych i przepisami wewnętrznymi Szpitala,
    - terminowe i prawidłowe składnie wniosków o udzielanie zamówień zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych i przepisami wewnętrznymi Szpitala,
    - opracowanie zleceń, prowadzenie stosownej procedury wymaganej przy określonego rodzaju zakupach, prowadzenie stosownie dokumentacji dotyczącej odbioru, przestrzeganie przepisów i procedur przewidzianych w ustawie o zamówieniach publicznych oraz przepisach wewnętrznych Szpitala,

- opisywanie faktur za zakupione towary, usługi i dostawy, ich właściwa klasyfikacja pod względem sposobu realizacji zakupu, źródła finansowania, zgodności z zapotrzebowaniem,
- prowadzenie analiz zużycia m.in. energii elektrycznej, opału, wody i innych,
- prawidłowe prowadzenie gospodarki odpadami,
- prowadzenie gospodarki opakowaniami zwrotnymi i wielokrotnego użytkowania,
- gospodarowanie mieniem będącym w użytkowaniu Szpitala zgodnie z zasadami zbywania, wydzierżawienia, wynajmowania i oddawania w użytkowanie zgodnie z uchwałami Zarządu Województwa Śląskiego,
- prowadzenie spraw związanych z usuwaniem drzew/krzewów oraz innych spraw związanych z zielenią i zadrzewieniem,
- terminowe wykonywanie sprawozdań m.in. dla potrzeb GUS, BDO, KOBIZE, Urzędu Marszałkowskiego,
- sporządzanie sprawozdań z zakresu ochrony środowiska do WFOŚ, Sanepidu (np. z zakresu badań wody surowej, wody uzdatnionej oraz badań z odstojnika wód po kąpielowych),
- współpraca z Działem Inwestycyjno – Remontowym oraz innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ochrony środowiska, odczytów, opłat i nadzoru,
- przestrzeganie przepisów Kodeksu Pracy, Regulaminu Pracy i innych aktów prawnych,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

12. Do obowiązków Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO) należy w szczególności:
    - tworzenie, uzgadnianie, wdrażanie i aktualizacja wewnętrznych procedur bezpieczeństwa z zakresu ochrony danych osobowych,
    - wdrożenie wymogów zgodnych z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz ich utrzymanie,
    - nadzór nad:
        - zapewnieniem przestrzegania obowiązujących przepisów w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych,
        - oceną skutków dla ochrony danych osobowych,
        - spełnieniem obowiązku informacyjnego,
        - zapewnieniem stopnia bezpieczeństwa odpowiadającego ryzyku,
        - ochroną praw osób, których dane dotyczą,
    - współpracę z organem nadzorczym,
    - zgłaszanie naruszenia bezpieczeństwa do organu nadzorczego oraz osób, których dane dotyczą,
    - prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych,
    - prowadzenie rejestru naruszeń,
    - informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych, innych przepisów Unii lub państw członkowskich oraz przepisów prawa krajowego o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie,

- monitorowanie przestrzegania Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych, innych przepisów Unii lub państw członkowskich oraz przepisów prawa krajowego o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,
- udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych,
- pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, gdy przetwarzanie powodowałoby wysokie ryzyko, gdyby administrator nie zastosował środków w celu zminimalizowania tego ryzyka oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach,
- przygotowanie i sprawdzenie dokumentacji oraz dostosowanie jej do aktualnie obowiązujących przepisów prawa,
- sporządzanie corocznych audytów zgodności działania jednostki w ramie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych,
- wnioskowanie do Administratora Danych Osobowych o wprowadzenie wszelkich rozwiązań koniecznych do zapewnienia działania Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

13. Do podstawowych obowiązków Inspektora Ochrony Radiologicznej należy m. in.:
   - dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej przełożonemu,
   - informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego,
   - każdorazowe wyjaśnianie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, w szczególności wyjaśnianie przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji kierownikowi jednostki ochrony zdrowia,
   - współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
   - informowanie Lekarza Naczelnego i Dyrektora o stanie ochrony radiologicznej oraz przedstawienie mu w formie pisemnej propozycji w zakresie polepszenia tego stanu lub usunięcia nieprawidłowości,
   - nadzór nad:
     - przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej,
     - działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,

- wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej,
- sprawnym działaniem aparatury dozymetrycznej oraz aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli znajduje się na wyposażeniu jednostki ochrony zdrowia,
- spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej,
- postępowaniem na wypadek zdarzenia radiacyjnego,
- dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego.

– przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

14. Podstawowe działania Pełnomocnika ds. Jakości w zakresie funkcjonowania standardów akredytacyjnych obejmują:
    - realizację strategii i celów, a w szczególności:
        – wprowadzenie, doskonalenie i efektywne funkcjonowanie w Szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami Programu Akredytacji Szpitali,
        – udział w pracach Komitetu ds. jakości,
        – planowanie, inicjowanie prac oraz organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami i komórkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących jakości,
        – upowszechnienie wiedzy i świadomości pracowników Szpitala w zakresie znaczenia praw Pacjenta i innych stron zainteresowanych,
        – nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją dokumentacji systemu jakości,
        – systematyczna analiza zapisów dotyczących jakości w celu wykrycia i wyeliminowania zagrożeń jakości oraz ich przyczyn dla skutecznego funkcjonowania systemu jakości,
        – inicjowanie, zalecanie i stosowanie ustalonych technik i metod poprawy jakości,
        – przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z funkcjonowania systemu jakości oraz potrzeb związanych z doskonaleniem,
        – uzyskanie i utrzymanie certyfikatów dla systemów jakości,
    - kontaktowanie się z jednostkami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemów jakości.
15. Do zadań Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością w zakresie wymagań normy międzynarodowej ISO 9001 należy:
    - realizacja polityki i celów jakościowych, a w szczególności:
        – doskonalenie i efektywne funkcjonowanie w Szpitalu systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy ISO 9001,
        – utrzymanie struktury systemu zarządzania jakością odpowiedniej dla potrzeb Szpitala, kompletnej i spójnej z całokształtem jego działalności,
        – określanie polityki jakości i celów jakościowych,

- planowanie, inicjowanie prac oraz organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących systemu jakości,
- zapewnienie, aby procesy systemu zarządzania jakością były ustanowione i utrzymywane,
- upowszechnienie wiedzy i świadomości pracowników Szpitala w zakresie znaczenia praw Pacjenta i innych stron zainteresowanych,
- nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją dokumentacji systemu jakości,
- dokumentowanie danych o systemie zarządzania jakością,
- planowanie i sterowanie auditami,
- monitorowanie i doskonalenie systemu jakości, planowanie, wprowadzanie i weryfikacja skuteczności działań korygujących w odniesieniu do systemu zarządzania jakością,
- systematyczne analizowanie zapisów dotyczących jakości w celu wykrycia i wyeliminowania zagrożeń jakości oraz ich przyczyn dla skutecznego funkcjonowania systemu zarządzania jakością,
- inicjowanie, nadzorowanie i weryfikacja działań korygujących oraz zapobiegawczych w odniesieniu do świadczeń medycznych i procesów w systemie zarządzania jakością,
- inicjowanie, zalecanie i stosowanie ustalonych technik poprawy jakości i metod statystycznych,
- przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z funkcjonowania systemu zarządzania jakością oraz potrzeb związanych z doskonaleniem,
- utrzymanie certyfikatów dla systemu zarządzania jakością;

- kontaktowanie się z jednostkami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania jakością;
- przygotowanie zmian w ramowych zadaniach, ustalonych dla poszczególnych komórek organizacyjnych wynikajace z opracowania i wdrażania Systemu Zarządzania Jakością wg wymagań normy ISO 9001.

16. Do zadań Pełnomocnika ds. Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w zakresie wymagań normy międzynarodowej ISO 27001 należy:
    - realizacja polityki i celów bezpieczeństwa informacji, a w szczególności:
        - doskonalenie i efektywne funkcjonowanie w Szpitalu systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodnego z wymaganiami normy PN-EN ISO 27001,
        - utrzymanie struktury systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji odpowiedniej dla potrzeb Szpitala, kompletnej i spójnej z całokształtem jego działalności,
        - określanie polityki i celów zarządzania bezpieczeństwa informacji,
        - planowanie, inicjowanie prac oraz organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania bezpieczeństwem,
        - zapewnienie, aby procesy systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji były ustanowione i utrzymywane,
        - przygotowania niezbędnej dokumentacji dotyczącej zarządzania bezpieczeństwa informacji,
        - upowszechnienie wiedzy i świadomości pracowników Szpitala w zakresie znaczenia praw Pacjenta i innych stron zainteresowanych,

- dokumentowanie danych o systemie zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- planowanie i sterowanie auditami,
- monitorowanie i doskonalenie systemu bezpieczeństwem informacji, planowanie, wprowadzanie i weryfikacja skuteczności działań korygujących w odniesieniu do systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- systematyczne analizowanie zapisów dotyczących bezpieczeństwa informacji w celu wykrycia i wyeliminowania zagrożeń oraz ich przyczyn dla skutecznego funkcjonowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- inicjowanie, nadzorowanie i weryfikacja działań korygujących oraz zapobiegawczych w odniesieniu do świadczeń medycznych i procesów w systemie zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- inicjowanie, zalecanie i stosowanie ustalonych technik poprawy jakości i metod statystycznych,
- przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z funkcjonowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz potrzeb związanych z doskonaleniem,
- utrzymanie certyfikatów dla systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;

- kontaktowanie się z jednostkami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;
- przygotowanie zmian w ramowych zadaniach, ustalonych dla poszczególnych komórek organizacyjnych wynikajace z opracowania i wdrażania Systemu Zarządzania bezpieczeństwem informacji wg wymagań normy PN-EN ISO 27001.

17. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy wspieranie Szpitala w realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta, określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta, w tym:
   - udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów,
   - analiza stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie Dyrektorowi Szpitala działań naprawczych,
   - prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w Szpitalu oraz
   - przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

Rozdział VIII

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 51

1. W celu zapewnienia prawidłowości leczenia i diagnostyki pacjentów, ciągłości oraz skuteczności postępowania, Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi jeżeli wymaga tego dobro pacjenta.
2. Szpital może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych:
   1) podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą
      lub

2) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

3. Podstawą współdziałania z podmiotami o których mowa w ust. 2 są powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz postanowienia umów i porozumień w zakresie wykonywania usług medycznych, które zapewniają kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.

Rozdział IX

Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 52

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zapewniając ochronę i poufność danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala, a w przypadku udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych zgodnie z wymogami określonymi przez płatnika świadczeń.
2. Dokumentację medyczną udostępnia się:
   1) **do wglądu**, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
   2) poprzez **sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku**,
   3) poprzez **wydanie oryginału** za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
   4) **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej**,
   5) **na informatycznym nośniku danych**.
3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 2 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
4. Na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustala się maksymalną wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej, według następujących wytycznych:
   1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
   2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
   3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004

– przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski", począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

5. Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej została ustalona w **Załączniku nr 2**.
6. Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej podlega aktualizacji.
7. Opłaty, o której mowa ust. 4, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
   - pacjentowi albo przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku bądź na informatycznym nośniku danych,
   - w związku z postępowaniem w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta (art. 17d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi),
   - w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 67e ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),
   - Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
   - Agencji Badań Medycznych,

     oraz
   - Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w sprawach świadczeń emerytalnych i rentowych (art. 77 ust. 5 Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych),
   - osobom ubiegającym się o emeryturę i rentę w związku z ustaleniem świadczeń emerytalnych i rentowych (art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych).
8. W szczególnych sytuacjach, w przypadkach nieokreślonych w ust. 6, dopuszcza się zwolnienie z opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, po wyrażeniu zgody przez Dyrektora Szpitala.
9. Szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej określa się w zarządzeniach Dyrektora Szpitala.

Rozdział X

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 53

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych nie finansowanych ze środków publicznych osobom nieuprawnionym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, instytucjom i firmom na zasadach odrębnych umów, w ramach realizowanych w Szpitalu świadczeń zdrowotnych oraz opiekunom osób dorosłych, matkom i opiekunom ustawowym dzieci.

3. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż wymienione w ust. 1 ustala Dyrektor Szpitala.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych nie może wpływać na kolejność przyjmowania pacjentów z prowadzonej przez Szpital listy oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
6. Pacjent korzystający odpłatnie ze świadczeń zdrowotnych, zgodnie z cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala, zobowiązany jest uiścić opłatę:
   1) w gotówce lub kartą płatniczą:
      - w Kasie Szpitala znajdującej się w Jaworzu przy ul. Słonecznej 83 w godz. 7.00 do 14.35 od poniedziałku do piątku, w dniu przyjazdu lub przed wykonaniem badań bądź zabiegów, lub
      - do rąk uprawnionych, wyznaczonych przez Dyrektora Szpitala pracowników,
   2) przelewem na rachunek bankowy Szpitala, nie później niż na 7 dni przed rozpoczęciem pobytu.
7. Cennik, o którym mowa w ust. 6, podlega aktualizacji, wprowadzanej zarządzeniami Dyrektora Szpitala.

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

§ 54

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od chwili śmierci, pobieranych od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych została ustalona w **Załączniku nr 3**.

Rozdział XII
Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością

§ 55

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych za częściową albo całkowitą odpłatnością, zgodnie z cennikiem, stanowiącym **Załącznik Nr 4** do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
2. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 1 podlega aktualizacji, wprowadzanej zarządzeniami Dyrektora Szpitala.
3. Dopuszcza się wprowadzenie cen promocyjnych, ryczałtowych oraz zniżek poprzez odrębne zarządzenie Dyrektora Szpitala.
4. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się zwolnienia z opłat lub zmniejszenie opłat, za pisemną zgodą Dyrektora Szpitala po zasięgnięciu opinii Komisji, ustalonej w odrębnym zarządzeniu Dyrektora Szpitala.

Rozdział XIII

Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi

§ 56

1. Beskidzkim Zespołem Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalem Opieki Długoterminowej w Jaworzu kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor Szpitala.
2. Dyrektor zarządza Szpitalem i podejmuje decyzje dotyczące jego funkcjonowania i ponosi za nie odpowiedzialność, z uwzględnieniem wniosków i opinii Rady Społecznej Szpitala oraz zasad działalności gospodarczej określonych przez Zarząd Województwa Śląskiego.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala i pełni wobec nich funkcję pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy.
4. Dyrektor może ustanowić pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz dokonania określonych czynności prawnych w imieniu Szpitala przez ustalenie zakresu i czasu ich umocowania.
5. Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:
   - Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
   - Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno–Ekonomicznych – Głównego Księgowego,
   - Z-cy Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych,
   - Lekarza Naczelnego,
   - Przełożonej Pielęgniarek,
   - Kierowników komórek organizacyjnych,
   - Pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy.
6. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają bezpośrednio: Lekarz Naczelny oraz Przełożona Pielęgniarek. Do zadań i obowiązków Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa należy m. in.:
   - zastępowanie Dyrektora podczas jego nieobecności w zakresie podległych obszarów,
   - zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej w Szpitalu,
   - zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny i jej kontrola,
   - organizacja systemu kontroli i podnoszenia jakości usług medycznych realizowanych przez Szpital,
   - nadzór nad prawidłowym udzielaniem świadczeń medycznych w komórkach medycznych Szpitala,
   - prowadzenie polityki personalnej lekarzy, zapewniającej efektywną realizację zadań, w tym:
     - nadzór nad zapewnieniem całodobowej obsady lekarskiej i ciągłości sprawowania dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych,
     - nadzór nad pracą lekarzy na popołudniowej zmianie,
     - nadzór nad harmonogramami pracy lekarzy,
     - nadzór nad realizacją planów urlopowych w podległym obszarze oraz zatwierdzanie planów urlopowych bezpośrednio podległego personelu,
   - nadzorowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi Szpitala oraz kontrola nad przestrzeganiem realizacji receptariusza szpitalnego,

- kontrolowanie i nadzorowanie pracy personelu medycznego,
- udział w planowaniu strategii Szpitala,
- zarządzanie informacją,
- bieżące informowanie Dyrektora o stanie realizacji zadań objętych zakresem podległego pionu,
- wnioskowanie zmian organizacyjnych zmierzających do poprawy gospodarowania i zarządzania,
- przestrzeganie ogólnych i szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- przestrzeganie przepisów prawa obowiązujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w szczególności umożliwiających prawidłową realizację powierzonych zadań,
- uczestnictwo w utrzymaniu w Szpitalu wymogów akredytacyjnych i certyfikacji w dziedzinie jakości,
- współpraca z kierownikami innych komórek organizacyjnych Szpitala,
- przeprowadzanie procedur mających na celu zawieranie z podmiotami leczniczymi umów cywilnoprawnych,
- współpraca z organami sanitarno-epidemiologicznymi w zakresie dotyczącym stanu sanitarnego Szpitala,
- pełnienie funkcji doradcy Dyrektora w zakresie działalności organizacyjnej i zapobiegawczo-leczniczej Szpitala z uwzględnieniem kosztów leczenia, wykorzystania łóżek szpitalnych, okresu pobytu chorego i innych parametrów działalności Szpitala mających wpływ na realizację umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- systematyczne organizowanie z Ordynatorami/Kierownikami komórek medycznych narad poświęconych w szczególności współpracy między komórkami Szpitala, w celu omówienia bieżących spraw związanych z funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, analizowanie wykorzystania łóżek, aparatury i sprzętu, gospodarki lekami, a ponadto stanu sanitarno – porządkowego w poszczególnych oddziałach,
- opiniowaniu zakupów inwestycyjnych w zakresie aparatury i sprzętu medycznego,
- opiniowanie zarządzeń wewnętrznych dot. funkcjonowania pionu medycznego,
- dokonywanie okresowych wizytacji oddziałów szpitalnych, poradni i innych komórek medycznych Szpitala,
- przeprowadzanie kontroli, analiz i oceny pracy podległego personelu,
- sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną,
- podejmowaniu decyzji dot. sekcji zwłok,
- wnioskowanie i opiniowanie odnośnie przyjmowania, zwalniania, nagradzania, awansowania i udzielania kar regulaminowych pracownikom pionu medycznego,
- czuwanie nad przestrzeganiem dyscypliny pracy przez pracowników pionu medycznego,
- czuwanie nad przestrzeganiem przepisów BHP i p/poż w komórkach podległych,
- przestrzeganie przepisów i zasad bhp i p/poż oraz regulaminu pracy obowiązującego w Szpitalu,

- dbanie o miejsce pracy, chronienie jego mienia oraz zachowanie w tajemnicy informacji zawodowych i służbowych,
- przestrzeganie zasad współżycia społecznego,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

7. Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno–Ekonomicznych – Głównemu Księgowemu podlega bezpośrednio Dział Ekonomiczno – Finansowy, Kasa oraz Dział Zamówień Publicznych i Logistyki. Podstawowymi zadaniami Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno – Ekonomicznych – Głównego Księgowego są:
   - zastępowanie Dyrektora podczas jego nieobecności w obszarze administracyjnym i finansowym,
   - opracowywanie planów finansowych, analiz gospodarki finansowej oraz wniosków wynikających z tych analiz,
   - dokonywanie w ramach kontroli gospodarczej czynności związanych ze sprawowaniem kontroli wewnętrznej obejmującej zapobieganie niepożądanym lub nieregularnym działaniom poprzez badanie zamierzonych dyspozycji i czynności przed ich dokonaniem – badanie projektów umów, porozumień i innych dokumentów powodujących powstanie zobowiązań,
   - organizowanie i doskonalenie systemu wewnętrznej informacji ekonomicznej Szpitala, dostarczanie danych niezbędnych do planowania działalności oraz podejmowania prawidłowych decyzji gospodarczych, jak również do należytej kontroli i oceny wykonywania zadań gospodarczych,
   - współpraca w zakresie planowania, koordynowania i realizacji zadań w zakresie gospodarki finansowej,
   - czynienie starań w celu pozyskania środków finansowych dla pełnego zabezpieczenia realizacji zadań statutowych ze źródeł zewnętrznych (środki UE, dotacje celowe),
   - współodpowiedzialność za gospodarowanie zasobami Szpitala,
   - opiniowanie umów, kontraktów i porozumień zawieranych przez Szpital, ich zgodność z obowiązującymi regulacjami prawnymi (np. finansowymi, podatkowymi itp.),
   - udział w planowaniu strategii Szpitala,
   - całokształt działań zapewniających prawidłowe funkcjonowanie administracyjne Szpitala:
     - sporządzanie planów inwestycyjnych i remontowych, planowanie przeglądów technologii, aparatury i sprzętu i nadzorowanie ich realizacji,
     - planowanie i koordynowanie pracy podległych komórek i działów oraz sprawowanie nadzoru nad ich działaniem,
     - opracowanie planu operacyjnego na podstawie strategii Szpitala w zakresie działań swojego pionu,
     - planowanie, koordynowanie i nadzorowanie zaopatrzenia Szpitala w towary, usługi i roboty inwestycyjne zgodnie z przepisami;
   - nadzorowanie i kontrola pracy Działu Ekonomiczno – Finansowego oraz Działu Zamówień Publicznych i Logistyki,

- nadzór nad kompleksowym prowadzeniem spraw związanych z zamówieniami publicznymi zgodnie z przepisami ustawy Prawa Zamówień Publicznych,
- nadzór na prawidłową gospodarką gruntami zgodnie z Uchwałami podmiotu tworzącego i innymi aktami prawnymi,
- nadzorowanie i koordynowanie zaopatrzenia Szpitala w towary, usługi i roboty inwestycyjne zgodnie z przepisami,
- nadzorowanie dostaw, czynności magazynowania i zabezpieczenia wyposażenia inwestycyjnego oraz procesu montażu wyposażenia,
- analizowaniu planu zakupów dla całego Szpitala pod względem celowości,
- wnioskowanie zmian organizacyjnych zmierzających do poprawy gospodarowania i zarządzania,
- współudział w aktualizacji podstawowych dokumentów Szpitala, w tym statutu i regulaminów zgodnie ze strukturą organizacyjną i obowiązującymi przepisami,
- nadzór na prawidłową gospodarką gruntami zgodnie z Uchwałami Organu tworzącego i innymi aktami prawnymi,
- współpraca z Działem Statystyki Medycznej w zakresie analizy rozliczeń z NFZ, treści mów itd.,
- współpraca z Działem Zarządzania Zasobami Ludzkimi w zakresie analiz planów zatrudnienia oraz ustalania wysokości wynagrodzeń,
- współpraca z Kierownikiem Działu Inwestycyjno – Remontowego w zakresie:
  - prawidłowego realizowania planów inwestycyjnych, zakupów inwestycyjnych, remontów, odbiorów technicznych poszczególnych zadań inwestycyjnych,
  - prawidłowości prac związanych z eksploatacją urządzeń i systemów technicznych i technologii stosowanych w Szpitalu,
  - prowadzenia prawidłowej eksploatacji technologicznej obiektów Szpitala i konserwacji urządzeń, systemów i aparatury;
- kontrola i nadzór nad zgodnym z obowiązującymi zasadami funkcjonowaniem podległych komórek organizacyjnych,
- kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów i zasad BHP, p/poż oraz tajemnicy służbowej przez podległych pracowników,
- kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników regulaminu i dyscypliny pracy oraz zasad współżycia społecznego,
- realizacja działań finansowo – księgowych w szczególności:
  - kierowanie i terminowe oraz prawidłowe prowadzenie rachunkowości Szpitala:
    - organizowanie, sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
      - właściwy przebieg operacji gospodarczych,
      - ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala,
      - sporządzanie sprawozdawczości finansowej,

- sprawne przeprowadzanie kontroli wewnętrznej,
- wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
- dokonywanie wstępnej kontroli:
  - zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
  - kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;

- bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:
  - terminowe i rzetelne przekazywanie informacji ekonomicznych z działalności Szpitala,
  - ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala, oraz terminowe i prawidłowe rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za to mienie,
  - prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych;
- opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad wewnętrzną dokumentacją normatywną, w tym: zakładanie planu kont, instrukcji o biegu dokumentów, instrukcji inwentaryzacyjnej, instrukcji kasowej, instrukcji rachunku kosztów, instrukcji kontroli wewnętrznej,
- terminowe rozliczanie osób odpowiedzialnych majątkowo za mienie, prawidłowe i terminowe dochodzenie roszczeń i dokonywanie rozliczeń finansowych,
- należyte prowadzenie, przechowywanie i zabezpieczenie dokumentów księgowych, ksiąg rachunkowych oraz sprawozdań finansowych, właściwe archiwizowanie tych dokumentów,
- nadzorowanie całokształtu prac z zakresu rachunkowości wykonywanych przez inne komórki organizacyjne Szpitala,
- zapewnienie prawidłowości, terminowości i zgodności sprawozdań finansowych składanych na zewnątrz,
- opracowywanie planów finansowych, analiz gospodarki finansowej oraz wniosków wynikających z tych analiz,
- dokonywanie w ramach kontroli gospodarczej czynności związanych ze sprawowaniem kontroli wewnętrznej obejmującej:
  - wstępną kontrolę operacji gospodarczych wiążących się z wydawaniem środków pieniężnych obrotami na rachunkach bankowych,
  - zapobieganie niepożądanym lub nieregularnym działaniom poprzez badanie zamierzonych dyspozycji i czynności przed ich dokonaniem – badanie projektów umów, porozumień i innych dokumentów powodujących powstanie zobowiązań,
  - badanie wszelkiego rodzaju operacji w toku ich wykonywania w celu stwierdzenia czy przebiegają prawidłowo i zgodnie z ustalonymi przepisami i normami,
  - badanie dokumentów odzwierciedlających czynności już dokonane;
- opracowywanie analiz ekonomiczno-finansowych dotyczących sytuacji majątkowej, finansowej, rentowności i płynności zakładu oraz diagnozowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej i przedstawianie kierownictwu wyników tej oceny, wskazywanie na ewentualne zagrożenia, bariery oraz proponowanie działania w tym zakresie,

- organizowanie i doskonalenie systemu wewnętrznej informacji ekonomicznej Szpitala, dostarczanie danych niezbędnych do planowania działalności oraz podejmowania prawidłowych decyzji gospodarczych, jak również do należytej kontroli i oceny wykonywania zadań gospodarczych,
- dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej:
  - wstępnej, bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej,
  - wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonania planów finansowych oraz ich zmian,
- planowanie, koordynowanie i realizacja zadań Szpitala w zakresie gospodarki finansowej,
- sporządzanie bilansów i rachunków wyników,
- przygotowywanie raportów finansowych i analiz statystycznych oraz analiz kosztów,
- współpraca z bankami, kontrola wyciągów bankowych, czeków oraz faktur zakupu towarów i usług,

– kontrola i nadzór nad zgodnym z obowiązującymi zasadami funkcjonowaniem podległych komórek organizacyjnych, procedur płatności, należności i zobowiązań finansowych oraz przestrzeganie dyscypliny finansów publicznych,
– kontrola i nadzór nad prawidłowym i terminowym prowadzeniem rachunkowości, w tym inwentaryzacji ciągłej stanu aktywów i pasywów Szpitala,
– kontrola i nadzór nad legalnym, celowym i gospodarnym prowadzeniem gospodarki darami i darowiznami (pieniężnymi i rzeczowymi) wraz z ich rzetelną ewidencją,
– prowadzenie analizy wykorzystywania środków będących w dyspozycji Szpitala,
– sporządzanie operatywnych informacji, raportów i analiz na potrzeby kierownictwa,
– kontrola i nadzór nad prowadzoną gospodarką powierzonym mieniem i przestrzeganiem przepisów prawa,
– przestrzeganie przepisów i zasad bhp i p/poż oraz regulaminu pracy obowiązującego w Szpitalu,
– dbanie o miejsce pracy, chronienie jego mienia oraz zachowanie w tajemnicy informacji zawodowych i służbowych,
– przestrzeganie zasad współżycia społecznego,
– przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

8. Z-cy Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych podlega bezpośrednio Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi oraz Stanowisko ds. Organizacji. Zadaniami Z-cy Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych są:
   – zastępowanie Dyrektora podczas jego nieobecności w zakresie podległych obszarów,
   – monitorowanie całokształtu działań zapewniających prawidłowe funkcjonowanie Szpitala w zakresie personalno – organizacyjnym,
   – planowanie i koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych oraz sprawowanie nadzoru nad ich działaniem,
   – współodpowiedzialność za gospodarowanie zasobami Szpitala,

- udział w planowaniu strategii Szpitala,
- współudział w aktualizacji podstawowych dokumentów Szpitala, w tym statutu i regulaminów zgodnie ze strukturą organizacyjną i obowiązującymi przepisami,
- wnioskowanie zmian organizacyjnych zmierzających do poprawy gospodarowania i zarządzania,
- czynienie starań w celu pozyskania środków finansowych dla pełnego zabezpieczenia realizacji zadań statutowych ze źródeł zewnętrznych (środki UE, dotacje celowe),
- współodpowiedzialność za całokształt działań zapewniających prawidłowe funkcjonowanie Szpitala:
- opracowanie planu operacyjnego na podstawie strategii Szpitala w zakresie działania podległych komórek,
- rozwój zasobów ludzkich, pozyskiwanie i rozliczanie zewnętrznych źródeł finansowania, koordynację projektów rozwojowych,
- nadzór nad całokształtem spraw kadrowych, w tym procesami zatrudniania, zmian warunków zatrudnienia, awansów, zmian stanowisk, rozwiązywania stosunków pracy oraz dokumentacji pracowniczej.
- nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji kadrowej oraz realizacją obowiązków pracodawcy wynikających z przepisów prawa pracy.
- współpraca z kadrą zarządzającą i kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie polityki personalnej.
- planowanie i monitorowanie zatrudnienia oraz dostosowywanie zasobów kadrowych do potrzeb organizacji.
- współtworzenie i aktualizacja regulaminów, procedur i wewnętrznych zasad dotyczących pracowników.
- monitorowanie zmian w prawie pracy i wdrażanie niezbędnych zmian organizacyjnych i proceduralnych.
- nadzór nad prawidłową realizacją procesów płacowych.
- współtworzenie i rozwój systemów wynagradzania, premiowania i motywowania pracowników.
- wspieranie kadry kierowniczej w zakresie zarządzania zespołami i rozwiązywania problemów personalnych.
- organizacja i koordynacja szkoleń, kursów, warsztatów oraz innych form podnoszenia kwalifikacji.
- koordynowanie procesów związanych z uzyskiwaniem i utrzymywaniem akredytacji oraz uprawnień niezbędnych do prowadzenia specjalizacji i innych form kształcenia.
- monitorowanie wymogów formalnych i organizacyjnych dotyczących prowadzenia specjalizacji, staży, praktyk oraz kształcenia podyplomowego.
- koordynowanie działań związanych z uzyskiwaniem nowych uprawnień, certyfikatów i akredytacji.
- identyfikowanie dostępnych źródeł finansowania zewnętrznego dla działalności Szpitala

- przygotowywanie lub koordynowanie przygotowania wniosków o dofinansowanie.
- poszukiwanie nowych źródeł finansowania oraz inicjowanie projektów odpowiadających strategicznym potrzebom
- przygotowywanie analiz i rekomendacji dotyczących opłacalności i możliwości realizacji projektów finansowanych ze środków zewnętrznych.
- nadzór nad realizacją harmonogramów, wskaźników, budżetów i rezultatów projektów.
- nadzór nad prawidłowym dokumentowaniem działań projektowych.
- koordynowanie rozliczania projektów oraz przygotowywania wniosków o płatność i wymaganych sprawozdań.
- monitorowanie kwalifikowalności wydatków i zgodności realizacji projektów z wymaganiami programów finansujących.
- koordynowanie kontaktów z instytucjami finansującymi, kontrolnymi i pośredniczącymi.
- współudział w tworzeniu i aktualizacji struktury organizacyjnej
- monitorowanie zgodności procesów personalnych i organizacyjnych z obowiązującymi przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi.
- zapewnienie właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia obsady kadrowej niezbędnej do prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych.
- nadzór nad prowadzeniem i bieżącą aktualizacją Portalu Świadczeniodawcy w zakresie danych dotyczących personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń zdrowotnych.
- kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów i zasad BHP, p/poż oraz tajemnicy służbowej przez podległych pracowników,
- kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników regulaminu i dyscypliny pracy oraz zasad współżycia społecznego,
- przestrzeganie przepisów i zasad BHP i p/poż. oraz regulaminu pracy obowiązującego w Szpitalu,
- dbanie o miejsce pracy, chronienie jego mienia oraz zachowanie w tajemnicy informacji zawodowych i służbowych,
- przestrzeganie zasad współżycia społecznego,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

9. Lekarz Naczelny organizuje, koordynuje i kontroluje pracę lekarzy oraz kierowników działów medycznych z wyjątkiem pionu pielęgniarskiego. Do jego obowiązków w szczególności należy:
   - czuwanie nad prawidłowym udzielaniem świadczeń medycznych w Szpitalu,
   - zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny i jej kontrola,
   - współpraca z Z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie:
     - zabezpieczenia i organizowania sprawnego funkcjonowania opieki medycznej w Szpitalu,
     - organizacji systemu kontroli i podnoszenia jakości usług medycznych realizowanych przez Szpital,
     - prowadzenia polityki personalnej lekarzy, zapewniającej efektywną realizację zadań,

- właściwego gospodarowania lekami, środkami opatrunkowymi i sprzętem jednorazowego użytku,

- współpraca z kierownikami innych komórek organizacyjnych Szpitala,
- udział w planowaniu strategicznym rozwoju Szpitala, odpowiedzialność za wykonanie zadań operacyjnych z tym związanych,
- bieżące informowanie przełożonych o stanie realizacji zadań objętych zakresem działania,
- wnioskowanie zmian organizacyjnych zmierzających do poprawy gospodarowania i zarządzania,
- przestrzeganie ogólnych i szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- uczestnictwo w utrzymaniu w Szpitalu wymogów akredytacyjnych i certyfikacji w dziedzinie jakości,
- przestrzeganie przepisów prawa obowiązujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w szczególności umożliwiających prawidłową realizację powierzonych zadań,
- współpraca z organami sanitarno – epidemiologicznymi w zakresie dotyczącym stanu sanitarnego Szpitala,
- aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych, a w szczególności komisji ds. jakości, komisji przetargowych i innych działających w Szpitalu,
- przeprowadzanie kontroli, analiz i oceny pracy lekarzy,
- sprawowanie kontroli nad dokumentacją lekarską oraz systematycznego prowadzenia historii chorób,
- czuwanie nad przestrzeganiem dyscypliny pracy przez lekarzy,
- przestrzeganie przepisów i zasad bhp i p/poż oraz regulaminu pracy obowiązującego w Szpitalu,
- dbanie o miejsce pracy, chronienie jego mienia oraz zachowanie w tajemnicy informacji zawodowych i służbowych,
- przestrzeganie zasad współżycia społecznego,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

10. Przełożona Pielęgniarek organizuje, koordynuje i kontroluje pracę personelu pielęgniarskiego i niższego personelu medycznego, współdziałając w tym zakresie z Ordynatorami/Kierownikami Oddziałów/Pododdziałów oraz Kierownikami komórek organizacyjnych i Pielęgniarkami Oddziałowymi, a w szczególności do jej obowiązków należy:
    - dopuszczanie bezpośrednio podległych pracowników do pracy,
    - wprowadzanie do pracy nowego bezpośrednio podległego pracownika, zapoznanie go z regulaminami i procedurami obowiązującymi w komórce organizacyjnej,
    - ustalanie podziału pracy oraz harmonogramów pracy podległego personelu, zatwierdzanie grafików czasu pracy przygotowanych przez bezpośrednio podległych pracowników dla podległego personelu,
    - sporządzanie rozkładów pracy, ustalanie zastępstw za nieobecnych pracowników,

- obliczanie przepracowanych godzin, przedkładanie miesięcznych druków rozliczenia czasu pracy do dnia 5 każdego miesiąca do zatwierdzenia do wypłaty,
- wnioskowanie o przyznanie nagród, premii i wysokości uposażenia,
- wnioskowanie o ukaranie, zwolnienie lub zmianę stanowiska dla podległych pracowników,
- przeprowadzanie kontroli, analiz i oceny pracy podległego personelu,
- opracowywanie planów urlopów podległych pracowników, czuwanie nad jego prawidłową realizacją zgodnie z potrzebami organizacyjnymi,
- zatwierdzanie harmonogramu edukacji pacjenta,
- organizowanie odpraw z podległym personelem w celu omówienia bieżących spraw związanych z funkcjonowaniem komórki organizacyjnej,
- koordynowanie i kontrolowanie pracy Pielęgniarek Oddziałowych, Dietetyczki, Kierownika Działu Żywienia i pracowników Działu Utrzymania Czystości,
- na bieżąco nadzorowanie i kontrolowanie stanu sanitarno-higienicznego w Szpitalu,
- tworzenie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań,
- zapewnienie prawidłowego i racjonalnego rozmieszczenia personelu pielęgniarskiego, innego średniego personelu medycznego współdziałającego w opiece pielęgniarskiej, niższego personelu wykonującego czynności związane z obsługą pacjenta oraz personelu Działu Żywienia i Działu Utrzymania Czystości,
- nadzorowanie alokacji kadry (grafiki pracy, zastępstwa) i rozliczanie czasu pracy,
- systematyczne planowanie właściwego rozmieszczenia i wykorzystania personelu i dokonywanie okresowej analizy i oceny wykorzystywania czasu pracy,
- opracowywanie i wprowadzanie standardów wpływających na udoskonalenie procesu pielęgnacji i obsługi pacjenta,
- monitorowanie, analizowanie i ocena jakości opieki pielęgniarskiej,
- czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta, zabezpieczeniem jego bezpieczeństwa, prawidłowym przebiegiem procesu pielęgnacji,
- czuwanie nad doskonaleniem i dokształcaniem podległego personelu oraz organizowanie szkoleń wewnątrzszpitalnych,
- nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów w zakresie bezpieczeństwa pożarowego przez podległy personel, dyscypliny pracy, postanowień Regulaminu Pracy i Regulaminu Organizacyjnego ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania pacjenta do godności intymności oraz przestrzegania ochrony danych osobowych pacjenta uzyskanych podczas procesu pielęgnacji,
- planowanie wyposażenia stanowisk pracy, uczestniczenie w doborze sprzętu i środków do pielęgnacji oraz monitorowanie i nadzorowanie ich zużycia,
- wnioskowanie i opiniowanie awansowania, wynagradzania, nagradzania i karania podległych pracowników,

- współdziałanie w sporządzaniu analiz dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych, przygotowaniu danych do kontraktów oraz czuwanie nad prawidłowym i rzetelnym przekazywaniem danych statystycznych,
- współpracowanie i wspólne podejmowanie działania z Zespołem ds. zakażeń szpitalnych w zakresie przeciwdziałania i eliminowania źródeł ich powstania.
- podejmowanie działania na rzecz promocji zdrowia,
- ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień podległego personelu,
- uczestniczenie w planowaniu strategicznym zakładu,
- przestrzeganie standardów akredytacyjnych i procedur ISO.

11. W Szpitalu przeprowadza się konkurs na następujące stanowiska:
    - Dyrektora,
    - Z-cy Dyrektora, w przypadku gdy Dyrektor nie jest lekarzem,
    - Ordynatorów Oddziałów,
    - Przełożonej Pielęgniarek,
    - Pielęgniarek Oddziałowych.

§ 57

Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego.

§ 58

1. Kompetencje Dyrektora, Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno–Ekonomicznych – Głównego Księgowego oraz Z-cy Dyrektora ds. Personalno – Organizacyjnych w dni powszednie – poza normalną ordynacją Szpitala, przez całą dobę – w dni wolne od pracy przejmuje starszy lekarz dyżuru, którym jest:
   - od godz. ustalonej w grafiku do godz. 21.00 lekarz popołudniowej zmiany Oddziału dla Dorosłych, wyznaczony przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa,
   - od godz. 21.00 do godz. 7.00 lekarz dyżurny Oddziału dla Dorosłych,
   - w dni wolne od pracy – przez całą dobę od godz. 7.00 do godz. 7.00 dnia kolejnego lekarz dyżurny Oddziału dla Dorosłych.
2. Starszemu lekarzowi dyżuru podporządkowane są wszystkie komórki Szpitala poza godzinami normalnej ordynacji Szpitala.
3. Starszy lekarz dyżuru w sprawach tego wymagających kontaktuje się o każdej porze z Dyrektorem Szpitala lub jego właściwymi zastępcami.

§ 59

1. Lekarzowi Naczelnemu podlegają bezpośrednio:
   - Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów/Pododdziałów,
   - Kierownicy działów medycznych tj. Dział Psychologiczno – Terapeutyczny, Dział Farmacji Szpitalnej, Dział Rehabilitacji dla Dorosłych, Dział Rehabilitacji Dziecięcej,

- Kierownicy komórek medycznych tj. Izba Przyjęć dla Dorosłych, Poradnia Rehabilitacyjna i Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży, Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Reumatologiczna, Poradnia Neurologiczna oraz Pracownia Analityczna,
- Pracownia Ultrasonografii,
- Pracownia Rentgenodiagnostyki,
- Pracownia Pomiarowa,
- Pracownia Pomiarowa dla Dzieci i Młodzieży;

2. Komórkami medycznymi Szpitala, które stanowią:
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dorosłych,
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych,
   - Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej,

   kierują Ordynatorzy/Kierownicy.
3. Pododdziałem Dziennym kieruje Ordynator/Kierownik Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dorosłych.
4. Pododdziałem Dziennym Rehabilitacji Kardiologicznej oraz Pracownią Prób Wysiłkowych kieruje Ordynator/Kierownik Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej.
5. Komórkami medycznymi Szpitala, które stanowią:
   - Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży,
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży,
   - Pracownia Spirometryczna,
   - Izba Przyjęć dla Dzieci,
   - Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży,

   kieruje Ordynator/Kierownik Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży.
6. Ordynatorzy/Kierownicy kierują Oddziałami/Pododdziałami przy pomocy Zastępców Ordynatorów/Kierowników.
7. Ordynator/Kierownik Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży kieruje Oddziałem przy pomocy Zastępcy, który koordynuje pracę Pododdziału Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży oraz Pododdziału Dziennego dla Dzieci i Młodzieży, a także kieruje Oddziałem w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej podczas nieobecności Ordynatora/Kierownika Oddziału.
8. Pracę średniego i niższego personelu medycznego Oddziałów i Pododdziałów organizuje Pielęgniarka Oddziałowa w uzgodnieniu z Ordynatorem/Kierownikiem Oddziału/Pododdziału lub Kierownikiem Działu.
9. Nadzór i koordynację pracy pionu pielęgniarskiego, Pielęgniarek Oddziałowych, Dietetyczki, Kierownika Działu Żywienia oraz personelu Działu Utrzymania Czystości sprawuje Przełożona Pielęgniarek, a w razie jej nieobecności wyznaczona Pielęgniarka Oddziałowa.
10. Pozostałymi komórkami organizacyjnymi kierują Kierownicy tych komórek, a w razie ich nieobecności inne wyznaczone osoby.

Sposób obserwacji pomieszczeń

§ 60

1. W Szpitalu obszarem monitorowanym jest teren Szpitala oraz korytarze wewnętrzne budynków i sale intensywnego nadzoru.
2. Monitoring wizyjny został zainstalowany w celu:
   - zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, personelu Szpitala oraz osób przebywających na terenie Szpitala,
   - ochrony mienia w tym ustalenia sprawców czynów nagannych,
   - ograniczenia zachowań zagrażających zdrowiu i bezpieczeństwu osób przebywających na terenie Szpitala,
   - wyjaśnienia zaistniałych wypadków i zdarzeń nagłych.
3. Monitoring wizyjny w Szpitalu działa całodobowo.
4. W salach intensywnego nadzoru nad pacjentem funkcjonuje monitoring wizyjny w celu zapewnienia bezpieczeństwa oraz monitorowania stanu pacjenta w przypadku zagrożenia życia, bez funkcji nagrywania.

Postanowienia końcowe

§ 61

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz pozostałe obowiązujące przepisy prawa, a także akty wewnętrzne Szpitala t.j.: procedury akredytacyjne, księga jakości oraz zarządzenia Dyrektora Szpitala.
2. Regulamin podaje się do wiadomości pracowników Szpitala oraz pacjentów poprzez jego umieszczenie w miejscach ogólnie dostępnych.

p.o. DYREKTOR
Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego
Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu
Łukasz Pach