



*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku*

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

z dnia 1 lutego 2020 roku

tekst jednolity z dnia 13 maja 2024 roku

przyjęty zarządzeniem Dyrektora SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku
nr 44/2024 z dnia 13 maja 2024 r.

pozytywnie zaopiniowany Uchwałą Rady Społecznej SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku
nr 14/2024 z dnia 7 maja 2024 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Dział I Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny, zwany w dalszej części "Regulaminem" określa organizację wewnętrzną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku zwanym dalej Szpitalem, w tym strukturę zakładów leczniczych, komórek organizacyjnych działalności niemedycejskiej i pomocniczej oraz samodzielnych stanowisk pracy, w szczególności:
 - 1) cele i zadania Szpitala,
 - 2) zakres i obszar działania,
 - 3) strukturę organizacyjną i zadania komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 4) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych, poradniach specjalistycznych i pracowniach diagnostycznych,
 - 5) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 6) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta,
 - 7) prawa i obowiązki pacjenta,
 - 8) zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich,
 - 9) organizację przyjmowania oraz załatwiania skarg i wniosków,
 - 10) zasady udostępniania dokumentacji medycznej,
 - 11) zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ustalania i pobierania opłat za ich udzielanie.
2. Regulamin w formie papierowej znajduje się w sekretariacie dyrekcji Szpitala, w formie elektronicznej na ogólnodostępnej stronie internetowej www.szpital.rybnik.pl oraz na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala.

§ 2

Regulamin obowiązuje:

- 1) wszystkie osoby zatrudnione w Szpitalu, niezależnie od formy zatrudnienia,
- 2) pacjentów Szpitala,
- 3) osoby odwiedzające,
- 4) inne osoby przebywające / realizujące zadania na terenie Szpitala.

§ 3

Ileć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

1. Statucie – należy przez to rozumieć Statut Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej pod nazwą „Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku” dalej zwany w skrócie SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku;
2. Dyrektorze – należy przez to rozumieć kierownika zakładu SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku,
3. Komórce organizacyjnej – należy przez to rozumieć jednostkę wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku;
4. Świadczeniu zdrowotnym – należy przez to rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

§ 4

1. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, posiadającym osobowość prawną i wpisany jest do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000067701.
2. W ramach Szpitala wydzielone są następujące zakłady lecznicze, w których wykonywana jest działalność lecznicza, które nie są podmiotami samobilansującymi:
 - 1) Szpital Specjalistyczny,
 - 2) Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna,
 - 3) Zakład Opiekuńczo- Leczniczy.
3. Szpital działa w oparciu o:
 - 1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.),
 - 2) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.),
 - 3) Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)
 - 4) Ustawę z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)
 - 5) Statut SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku z dnia 21.09.2015 r.,
 - 6) Niniejszy Regulamin,
 - 7) Zestaw standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
 - 8) Regulaminy i przepisy prawa wewnętrznego,
 - 9) Inne akty prawne dotyczące ochrony zdrowia oraz przepisy wydane na ich podstawie,
 - 10) Inne przepisy dotyczące funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
4. Siedzibą Szpitala jest miasto Rybnik, ul. Energetyków 46.
5. Szpital jest wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – nr księgi rejestrowej: 000000012877.
6. Podmiot leczniczy posiada identyfikator w systemie Regon 272780323 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP 642-25-85-351.
7. Obszarem działania Szpitala jest miasto Rybnik i teren Województwa Śląskiego. Szpital udziela świadczeń także pacjentom spoza Województwa Śląskiego.

§ 5

Regulamin Organizacyjny Szpitala wprowadza Dyrektor, a opiniuje go Rada Społeczna zgodnie z odrębnymi przepisami.

Dział II

Cele i zadania SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku

§ 6

1. Celem działania Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocja zdrowia.
2. Rodzajami działalności leczniczej Szpitala są:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
 - 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
 - 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
3. Cele i zadania będą realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych, dostępnych metod promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia i rehabilitacji.
4. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie w przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentem środków publicznych oraz umów cywilnoprawnych z innymi instytucjami, osobami prawnymi i pracodawcami, na rzecz osób uprawnionych do tych świadczeń.

§ 7

1. Do zadań Szpitala należy:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
 - 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne;
 - 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
 - 4) prowadzenie działalności diagnostycznej;
 - 5) świadczenie usług farmaceutycznych;
 - 6) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
 - 7) 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;
 - 8) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób;
 - 9) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
 - 10) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.
2. Szpital może prowadzić wyodrębnioną organizacyjnie działalność, w tym działalność gospodarczą, inną niż działalność lecznicza, polegającą na:
 - 1) najmie, dzierżawie, oddaniu w użytkowanie aktywów trwałych Szpitala,
 - 2) świadczeniu usług związanych z zakwaterowaniem,
 - 3) świadczeniu usług parkingowych,
 - 4) świadczeniu usług transportowych,
 - 5) świadczeniu usług hotelarskich,
 - 6) świadczeniu usług gastronomicznych,
 - 7) świadczeniu usług kserograficznych,
 - 8) świadczeniu usług przechowywania zwłok,
 - 9) świadczeniu usług medycznych związanych z zabezpieczeniem imprez masowych,
 - 10) świadczeniu usług prosektoryjnych,
 - 11) prowadzeniu działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 12) udostępnianiu zasobów szpitala innym podmiotom w celu prowadzenia przez nie działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 13) udostępnianiu zasobów Szpitala i wykonywaniu świadczeń w związku z prowadzeniem badań klinicznych,
 - 14) świadczeniu usług związanych ze sprzątnięciem,
 - 15) świadczeniu usług związanych z utrzymaniem porządku.
3. Organ tworzący może nałożyć na Szpital dodatkowe zadania związane z realizacją świadczeń zdrowotnych, finansowane z budżetu województwa, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, a także w przypadku klęsk żywiołowych, katastrof lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych oraz wykonywania zobowiązań międzywojewódzkich.
4. Działania, o których mowa w ust. 3, nie mogą ograniczać wykonywania podstawowych zadań przez Szpital.

§ 8

Cele i zadania określone w § 6 - 7 podmiot realizuje z wykorzystaniem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych i finansowych oraz współpracy z:

- innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- stacjami sanitarno-epidemiologicznymi,
- organizacjami społecznymi,
- innymi niż wykonujące działalność leczniczą podmiotami,
- osobami fizycznymi,
- placówkami klinicznymi uniwersytetów medycznych i instytucjami naukowymi,
- innymi niż wymienione wyżej podmiotami w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych.

§ 9

Zadania, o których mowa w § 6-7, będą wykonywane przez personel medyczny podmiotu, posiadający wymagane przepisami odrębnymi kwalifikacje zawodowe.

§ 10

Polityka Jakości Zintegrowanego Systemu Zarządzania i Program Akredytacji Szpitali

1. Politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Szpital realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług oraz zmniejszenia negatywnego wpływu oddziaływania na środowisko naturalne, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników.
2. Szpital realizuje program poprawy jakości w oparciu o standardy akredytacyjne określone przez Program Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
3. Wszyscy pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Standardów Akredytacyjnych i współpracy z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Jakości w zakresie wdrażania i doskonalenia systemów zarządzania.

Dział III

Struktura organizacyjna i zadania komórek organizacyjnych Szpitala

§ 11

Organami Szpitala są:

1. Dyrektor – odpowiedzialny za zarządzanie Szpitalem,
2. Rada Społeczna – organ doradczy Dyrektora oraz organ inicjujący i opiniodawczy powołany przez organ założycielski.

§ 12

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego Szpital oraz organem doradczym Dyrektora. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Statut Szpitala oraz „Regulamin Rady Społecznej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku”, uchwalony przez Radę Społeczną i zatwierdzony uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego.
2. W Szpitalu przeprowadza się konkurs na stanowisko:
 - 1) Dyrektora,
 - 2) Zastępcy Dyrektora, w przypadku, gdy Dyrektor nie jest lekarzem,
 - 3) Ordynatora/Kierownika Oddziału,
 - 4) Naczelnej Pielęgniarki,
 - 5) Pielęgniarki Oddziałowej.
3. Konkurs na stanowisko Dyrektora ogłasza Zarząd Województwa Śląskiego, a na pozostałe stanowiska – Dyrektor.
4. Zasady przeprowadzenia konkursu określają odrębne przepisy z zastrzeżeniem Kierownika Oddziału, gdzie zasady jego wyboru określają wewnętrzne procedury konkursu obowiązujące w Szpitalu zgodnie z odrębnym zarządzeniem w tym zakresie.

§ 13

1. Dyrektor kieruje Szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz, podejmuje decyzje dotyczące jego funkcjonowania i ponosi za nie odpowiedzialność.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala i pełni wobec nich funkcje pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitala (medycznej i niemedycznej), a w szczególności za:
 - 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,

- 2) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
 - 3) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
 - 4) prowadzenie właściwej polityki płacowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
 - 5) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
 - 6) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
 - 7) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
 - 1) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
 - 8) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przepisy przeciwpożarowe,
 - 9) współpraca z Podmiotem Tworzącym, Ministrem Zdrowia oraz Radą Społeczną Szpitala,
 - 10) zapewnienie funkcjonowania w Szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,
 - 11) ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów,
 - 12) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.
4. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:
- 1) wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych: zarządzenia wewnętrzne, komunikaty, instrukcje, polecenia służbowe, decyzje,
 - 2) ustala regulaminy wewnętrzne,
 - 3) powołuje zespoły, komitety tematyczne, opiniodawcze, komisje, itp.
5. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych,
 - 3) Naczelnej Pielęgniarki,
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych,
 - 5) Kierowników bezpośrednio mu podległych komórek organizacyjnych.
6. Dyrektor Szpitala może część swych kompetencji i uprawnień przenieść na innych pracowników.
7. Dyrektor na czas swojej nieobecności wyznacza zastępcę i deleguje uprawnienia.

§ 14

1. Do dokonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala upoważniony jest Dyrektor.
2. Dyrektor może upoważnić inne osoby do dokonywania niektórych czynności prawnych, określając zakres udzielonego pełnomocnictwa.

§ 15

1. Zastępca Dyrektora wykonuje zadania z upoważnienia Dyrektora i w jego imieniu, a w szczególności:
 - 1) podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonanie działań statutowych,
 - 2) koordynują działalność podległych im komórek organizacyjnych,
 - 3) kierują powierzonymi im odcinkami pracy Szpitala,
 - 4) organizują i nadzorują wykonanie zadań przez kierowników komórek organizacyjnych wchodzących w skład powierzonych działów i równorzędnych komórek związanych z tymi działami,
 - 5) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora.
2. Zastępca Dyrektora upoważniony jest do podejmowania decyzji w zakresie nadzoru i kierowania powierzonymi im komórkami organizacyjnymi z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora.

§ 16

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa nadzoruje pracę komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala wymienionych, a do jego zadań należy w szczególności:

- 1) organizacja i nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym organizacja należytej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 2) nadzór nad pracą zaplecza diagnostycznego,
- 3) nadzór nad prawidłowym rozmieszczeniem kadry medycznej,
- 4) nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem łóżek szpitalnych,

- 5) nadzór i kontrola nad prawidłową gospodarką lekami, krwią i preparatami krwiopochodnymi oraz materiałami i sprzętem medycznym,
- 6) nadzór nad prawidłowym przestrzeganiem przez podległe komórki organizacyjne zasad ustalonych w Polityce Jakości oraz w standardach akredytacyjnych,
- 7) nadzór nad realizacją umów na świadczenia zdrowotne,
- 8) dbanie o dostępność, ciągłość i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 9) dokonywanie wizytacji i wyrwykowych kontroli komórek działalności medycznej Szpitala,
- 10) współpraca i podejmowanie wspólne z Komitetem ds. Zakażeń Szpitalnych działania w zakresie przeciwdziałania i eliminacji źródeł powstawania zakażeń szpitalnych,
- 11) nadzór nad sporządzaniem, gromadzeniem, przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej,
- 12) nadzór nad kształceniem lekarzy, w tym nad prawidłowym przebiegiem staży podyplomowych i specjalizacji lekarskich,
- 13) nadzór nad pracą zespołów, komitetów i komisji zadaniowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 14) przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków, skarg i uwag pacjentów, a także podejmowanie działań, które w przyszłości wyeliminują stwierdzone nieprawidłowości,
- 15) kontrolowanie przestrzegania przez podległy personel obowiązującego regulaminu pracy oraz regulaminów stanowiska pracy,
- 16) udział w prowadzeniu przez Radcę prawnego spraw związanych z realizacją uprawnień Szpitala wynikających z umów ubezpieczenia działalności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności,
- 17) współdziałanie z organizacjami korporacyjnymi lekarskimi i pielęgniarskimi,
- 18) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa jest uprawniony do:
 - a) oceniania podległych pracowników,
 - b) inicjowania i opracowywania zmian w strukturze i usługach Szpitala, dostosowując je do bieżących potrzeb,
 - c) wprowadzania uzgodnionych usprawnień organizacyjnych i technicznych w pracy podległych komórek oraz do wnioskowania zmian w przepisach wewnątrzzakładowych,
 - d) wstępu do Szpitala w celach służbowych przez całą dobę,
 - e) sprawowania kontroli wewnętrznej w obszarze swego działania.

§ 17

Poza normalnymi godzinami pracy oraz w niedziele, święta i dni wolne od pracy kompetencje Dyrektora Szpitala i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa przejmuje Lekarz Koordynator Szpitala.

§ 18

1. Do podstawowych obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych, należą:
 - 1) stałe referowanie Dyrektorowi Szpitala bieżących spraw z zakresu swego działania oraz bezzwłoczne zawiadamianie o dostrzeżonych brakach i niedociągnięciach,
 - 2) sprawowanie nadzoru nad gospodarką energetyczną i utrzymania ruchu Szpitala,
 - 3) opracowywanie planu inwestycyjnego i jego korekt oraz przedstawianie do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala,
 - 4) sprawowanie nadzoru nad działalnością Szpitala w zakresie informatycznym,
 - 5) sprawowanie nadzoru nad działalnością szpitala w zakresie transportu sanitarnego.
2. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych odpowiada za:
 - 1) organizację pracy Pionu Technicznego,
 - 2) zapewnienie warunków technicznych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala oraz utrzymanie prawidłowego stanu technicznego środków transportu, budynków, budowli, maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury medycznej w zakresie przeglądów planowych jak i interwencji awaryjnych – tzw. utrzymanie ruchu,
 - 3) zarządzanie gospodarką energetyczną Szpitala,
 - 4) opracowywanie założeń do planu finansowego Szpitala w zakresie administracyjno-gospodarczym oraz technicznym Szpitala,

- 5) opracowywanie materiałów w zakresie administracyjno-gospodarczym i technicznym do planów rozwoju Szpitala,
 - 6) nadzór nad utrzymaniem ruchu – realizacją planu finansowego, inwestycyjnego i remontów wraz zapewnieniem prawidłowego dozoru obiektów Szpitala,
 - 7) zapewnienie odpowiednich warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 8) zapewnienie odpowiednich warunków technicznych dla ochrony przeciwpożarowej,
 - 9) planowanie, realizację i nadzór nad inwestycjami o charakterze technicznym i informatycznym w zakresie pozyskiwania najnowocześniejszych technologii lub rozbudowy czy udoskonalania posiadanych zasobów,
 - 10) kontrolę i optymalizację kosztów napraw i remontów, analizę wydatków w tym zakresie,
 - 11) utrzymanie jakości usług poprzez zarządzanie w oparciu o wdrożony Zintegrowany System Zarządzania,
 - 12) nadzór nad zapewnieniem warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej,
 - 13) udział w nadzorowaniu i monitorowaniu stanu higieniczno-sanitarnego Szpitala,
 - 14) zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala w zakresie obsługi informatycznej Szpitala.
3. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych w czasie nieobecności Dyrektora Szpitala reprezentuje Szpital w zakresie udzielonego mu pełnomocnictwa.

§ 19

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno - Administracyjnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za realizację zadań i obowiązków.
2. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno - Administracyjnych kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalnością Szpitala w obszarze księgowo - finansowym w zakresie spraw księgowych, ekonomicznych, finansowych, zamówień publicznych i zaopatrzenia w sprawach wchodzących w zakres podległego pionu.
3. Zakres uprawnień i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Administracyjnych obejmuje w szczególności:
 - a) kontrolę i nadzór nad prawidłową gospodarką finansowo-księgową i rzeczową zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) opracowywanie planu finansowego i przedstawianie do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala,
 - c) nadzór nad realizacją planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala,
 - d) opracowywanie raportów o sytuacji ekonomiczno - finansowej,
 - e) planowanie, wykorzystanie i ewidencja środków finansowych związanych z funkcjonowaniem Szpitala,
 - f) analizę finansową w ujęciu długoterminowej strategii zarządzania,
 - g) kontrolę obiegu dokumentacji księgowej,
 - h) kontrolę nad inwentaryzacją środków trwałych i wyposażenia oraz zapasów magazynowych,
 - i) ścisłą współpracę z Zastępcą Dyrektora ds. Technicznych w sprawach dotyczących ewidencji środków trwałych i wyposażenia,
 - j) nadzór nad rachunkiem kosztów,
 - k) określenie zasad, według których mają być wykonywane przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala prace niezbędne do zapewnienia prawidłowej gospodarki finansowej oraz księgowości, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej,
 - l) określenie zasad udzielania zamówień publicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - m) nadzór nad planowaniem i dokonywaniem zakupów, w celu zapewnienia ciągłości dostaw i sprawnego funkcjonowania Szpitala,
 - n) stałe referowanie Dyrektorowi Szpitala bieżących spraw z zakresu swego działania oraz bezzwłoczne zawiadamianie o dostrzeżonych brakach i niedociągnięciach.

§ 20

1. Naczelną Pielęgniarką odpowiada bezpośrednio przed Dyrektorem Szpitala za całokształt organizacji i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej, procesu pielęgnacji i opieki nad pacjentem.
2. Naczelną Pielęgniarką organizuje, koordynuje i nadzoruje opiekę pielęgniarską, pracę średniego personelu medycznego oraz współdziała w zakresie tej opieki ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala, prowadzi także sprawy związane z utrzymaniem czystości i odpowiedniego poziomu higieny oraz żywieniem w Szpitalu. Pracą podległego personelu Naczelną Pielęgniarką kieruje przy pomocy Pielęgniarek/Położnych Oddziałowych/Koordynujących oraz innych pracowników zajmujących stanowiska równorzędne.

Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:

- 1) określanie strategii rozwoju praktyki pielęgniarskiej w Szpitalu,
- 2) czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta, zabezpieczaniem jego bezpieczeństwa, prawidłowym przebiegiem procesu pielęgnacji,
- 3) ocenianie jakości opieki pielęgniarskiej w Szpitalu w zakresie świadczonych usług, metod organizowania opieki nad chorym,
- 4) wdrażanie, monitorowanie i ocenianie standardów postępowania pielęgniarskiego,
- 5) nadzorowanie pracy Centralnej Sterylizatorni,
- 6) zabezpieczanie właściwych warunków sanitarno – epidemiologicznych,
- 7) współpraca i podejmowanie wspólnie z Komitetem ds. Zakażeń Szpitalnych działań w zakresie przeciwdziałania i eliminacji źródeł powstawania zakażeń szpitalnych,
- 8) działania w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych,
- 9) kontrolowanie przestrzegania przez podległy personel obowiązującego regulaminu pracy oraz regulaminów stanowiska pracy,
- 10) kontrolowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarek,
- 11) zapewnienie prawidłowego i racjonalnego rozmieszczenia personelu pielęgniarek /położnych i innego średniego personelu medycznego współdziałającego w opiece pielęgniarskiej oraz niższego personelu wykonującego czynności związane z obsługą pacjenta,
- 12) określanie i ocenianie organizacji pracy i wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy,
- 13) określanie potrzeb w zakresie doskonalenia zawodowego podległego personelu,
- 14) określanie potrzeb kadrowych i pozyskiwanie nowych pracowników,
- 15) planowanie rozwoju zawodowego podległego personelu,
- 16) współpraca ze szkołami medycznymi w zakresie realizacji szkolenia praktycznego słuchaczy i studentów w Szpitalu,
- 17) udział w nadzorowaniu i monitorowaniu stanu higienicznego Szpitala,
- 18) kontrola gospodarki bielizną szpitalną,
- 19) nadzór nad żywieniem pacjentów w Szpitalu,
- 20) koordynowanie staży podyplomowych pielęgniarek.
- 21) odpowiedzialność za stan higieny szpitalnej.

§ 21

1. Pracą oddziałów szpitalnych kierują Ordynatorzy lub Kierownicy Oddziałów. Kierownicy Oddziałów mogą być zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych.
2. Pracą pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala kierują Kierownicy/Koordynatorzy tych komórek lub osoby wykonujące pracę w ramach samodzielnego stanowiska.
3. Pracownik zajmujący stanowisko kierownicze zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli w zakresie funkcjonowania działalności komórki, którą kieruje.
4. Do zadań Ordynatorów i Kierowników / Koordynatorów należy w szczególności:
 - 1) kierowanie działalnością podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający wykonywanie zadań statutowych Szpitala,
 - 2) prawidłową i terminową realizację zadań,
 - 3) zgodność działania z obowiązującymi przepisami prawa i dyspozycjami Dyrektora,
 - 4) informowanie Dyrektora o stanie realizacji zadań komórki,
 - 5) prawidłowy podział zadań pomiędzy stanowiskami pracy,

- 6) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego,
 - 7) parafowanie pod względem merytorycznym wszelkich dokumentów sporządzanych w kierowanej przez siebie komórce, a przedkładanych do podpisu lub wiadomości Dyrektora Szpitala,
 - 8) prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i zasadami ustalonymi przez Dyrektora,
 - 9) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
 - 10) w przypadku medycznych komórek organizacyjnych, prowadzenie dokumentacji medycznej na bieżąco w sposób czytelny i umożliwiający identyfikację osób dokonujących wpisów,
 - 11) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych,
 - 12) stosowanie przyjętych w Szpitalu standardów, instrukcji, procedur i dokumentów nadzorowanych w związku z wdrożonym Zintegrowanym Systemem Zarządzania i Programem Akredytacji Szpitali,
 - 13) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem obowiązków wynikających z zawartych przez Szpital kontraktów,
 - 14) nadzór nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów BHP i p.poż., a także nad przestrzeganiem przez pracowników dyscypliny pracy oraz przepisów, na podstawie których działa Szpital,
 - 15) ustalanie i aktualizowanie zakresów czynności podległym pracownikom,
 - 16) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole,
 - 17) przeprowadzanie szkoleń pracowników na stanowisku pracy z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 18) informowanie pracowników o ryzyku zawodowym na stanowisku pracy,
 - 19) zapewnienie przestrzegania przez pracowników reżimu sanitarno-epidemiologicznego,
 - 20) zapewnienie przestrzegania przez pracowników przepisów p/pożarowych,
 - 21) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
 - 22) ocenianie i opiniowanie pracowników,
 - 23) kontrola prawidłowego i terminowego wykonywania zadań i załatwiania spraw przez pracowników podległych im komórek organizacyjnych,
 - 24) wnioskowanie w sprawach: przyjmowania i zwalniania pracowników, awansów, nagród i premii oraz kar regulaminowych.
5. Uprawnienia Ordynatorów, Kierowników / Koordynatorów komórek organizacyjnych:
- 1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji,
 - 3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
 - 4) autonomiczne decydowanie o:
 - a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - b) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
 - c) wyznaczeniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.
6. Odpowiedzialność Ordynatorów i Kierowników / Koordynatorów komórek organizacyjnych za:
- 1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień,
 - 2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach,
 - 3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala,
 - 4) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące zaznajamianie podległych pracowników z powyższymi przepisami,
 - 5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z Kodeksem Pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,

- 6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów,
- 7) terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji,
- 8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej,
- 9) dbanie o dobry wizerunek Szpitala.

§ 22

1. Do obowiązków pracowników należy w szczególności:
 - 1) realizowanie zadań określonych w Statucie SPZOZ WSS Nr 3 w Rybniku, zwanym dalej „Statutem”,
 - 2) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Szpitala,
 - 3) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy, zasad organizacji pracy w Szpitalu oraz zasad ustalonych w ramach Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Standardów Akredytacyjnych,
 - 4) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,
 - 5) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP, p.poż i reżimu sanitarno-epidemiologicznego,
 - 6) realizacja zadań w zakresie obronności, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony mienia,
 - 7) kształtowanie zasad gospodarności, racjonalności i prawidłowej eksploatacji składników,
 - 8) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
 - 9) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:
 - 1) otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
 - 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
 - 3) właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy,
 - 4) wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami,
 - 5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z zadań,
 - 6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
 - 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,
 - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji majątku i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 23

Zakresy obowiązków i uprawnień poszczególnych pracowników znajdują się w ich aktach osobowych i są przechowywane w Dziale Kadr i Płac.

§ 24

1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:
 - 1) komórki organizacyjne działalności medycznej,
 - 2) komórki organizacyjne działalności niemedycznej i pomocniczej,
 - 3) samodzielne stanowiska pracy.
2. W zakładach leczniczych funkcjonują następujące komórki organizacyjne działalności medycznej:

I. W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM:

1. ODDZIAŁY I PODODDDZIAŁY:	ilość łóżek / stanowisk
1) Oddział Okulistyczny	16
2) <i>wykreślony</i>	
a) <i>wykreślony</i>	
3) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dermatologicznym i Pododdziałem Nefrologicznym	45
w tym łóżka intensywnej opieki medycznej	4
4) Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń dla Dzieci	20
5) Oddział Pediatriczny	28
w tym łóżka intensywnej opieki medycznej	2
6) <i>wykreślony</i>	
7) <i>wykreślony</i>	
8) Oddział Położniczo-Ginekologiczny	38
w tym łóżka intensywnej opieki medycznej	2
9) Oddział Neonatologiczny	34
w tym inkubatory	15
10) Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej	42
10 (1) <i>wykreślony</i>	
11) Oddział Chirurgii Ogólnej	60
a) Pododdział Chirurgii Naczyniowej	15
11 (1) <i>wykreślony</i>	
12) Oddział Onkologiczny	30
w tym łóżka intensywnej opieki medycznej	1
a) Pododdział Hematologiczny	8
b) Pododdział Chemioterapii	2
13) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	11
w tym łóżka intensywnej terapii	11
14) Oddział Kardiologiczny	24
w tym łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego	4
a) Pracownia Hemodynamiki	
b) Pododdział intensywnej opieki kardiologicznej	4
w tym łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego	4
c) Pracownia Elektroterapii i Elektrofizjologii	
15) Oddział Neurologiczny	34
w tym łóżka intensywnej opieki medycznej	4
a) Pododdział Udarowy	16
w tym łóżka intensywnej opieki medycznej	4
16) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	18
17) Oddział Rehabilitacyjny	60
a) Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej	20
18) Stacja Dializ – stanowiska dializacyjne	22
19) Oddział Endokrynologii i Chorób Metabolicznych	15
20) Szpitalny Oddział Ratunkowy	6
W tym łóżka intensywnej opieki medycznej	2
a) ambulatorium ogólne	

b) ambulatorium chirurgiczne

2. Blok Operacyjny.
3. Zespół Przyjęć.
4. Apteka Szpitalna.
5. Pracownie Specjalistyczne działające w ramach:
 - a) ZAKŁADU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ:
 - 1) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - 2) Pracownia Mammografii,
 - 3) Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
 - 4) Pracownia USG,
 - 5) Pracownie RTG,
 - 6) Pracownia Radiologii Interwencyjnej.
 - b) ZAKŁADU DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ:
 - 1) Punkt pobrań materiałów do badań laboratoryjnych,
 - 2) Pracownia Biochemii Klinicznej,
 - 3) Pracownia Immunochemiczna,
 - 4) Pracownia Białek,
 - 5) Pracownia Kontroli Jakości Badań,
 - 6) Pracownia Serologii Grup Krwi,
 - 7) Bank Krwi,
 - 8) Pracownia Hematologii i Hemostazy,
 - 9) Pracownia Analityki Ogólnej,
 - 10) Pracownia Mikrobiologii.
 - c) CENTRUM DIAGNOSTYKI:
 - 1) Pracownia Badań Elektrokardiograficznych,
 - 2) Pracownia Badań Wysiłkowych,
 - 3) Pracownia Endoskopowa,
 - 4) Pracownia USG,
 - 5) Pracownia Badań Holtera,
 - 6) Pracownia Spirometrii,
 - 7) Pracownia Audiometrii,
 - 8) Pracownia EEG i EMG
 - d) ZAKŁADU ANATOMOPATOLOGII:
 - 1) Pracownia Histopatologiczna,
 - 2) Pracownia Cytologiczna,

II. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

1. PORADNIE SPECJALISTYCZNE:
 - 1) chirurgii ogólnej
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 2) chirurgii urazowo-ortopedycznej
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 3) chirurgii naczyniowej
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 4) onkologiczna
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 5) hepatologiczna,
 - 6) okulistyczna,
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 7) otolaryngologiczna,
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 8) chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci

- a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 9) gastroenterologiczna
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 10) dermatologiczna
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 11) rehabilitacyjna,
 - 12) kardiologiczna,
 - 13) hematologiczna,
 - 14) chirurgii dziecięcej
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 15) neonatologiczna,
 - 16) neurologiczna,
 - 17) urologiczna
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
 - 18) audiologiczna,
 - 19) ginekologiczno-położnicza,
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - 20) genetyczna,
 - 21) endokrynologiczna,
 - 22) nefrologiczna,
 - 23) reumatologiczna,
 - 24) diabetologiczna,
 - 25) leczenia bólu,
 - 26) laryngologii dziecięcej,
 - 27) pediatryczna,
 - 28) wad postawy,
 - 29) okulistyki dziecięcej,
 - 30) profilaktyki chorób piersi,
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy
2. OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ:
- 1) Pracownia Fizjoterapii,
 - 2) Pracownia Fizykoterapii,
 - 3) Pracownia Kinezyterapii.
3. DZIENNY OŚRODEK REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
4. PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:
- 1) *wykreślony*
 - 2) *wykreślony*
 - 3) *wykreślony*
 - 4) Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
 - a) gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
5. TRANSPORT SANITARNY
- 1) Zespół transportu sanitarnego,
 - 2) Zespół transportu międzyszpitalnego.

III. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO- LECZNICZY

Zakład Opiekuńczo- Leczniczy

35 łóżek

- 3. Komórki organizacyjne działalności medycznej podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w zakresie opieki pielęgniarskiej bezpośrednio Pielęgniarsce Naczelnej.
- 4. Pielęgniarsce Naczelnej podlegają: pielęgniarki i położne oddziałowe, pielęgniarki i położne koordynujące,

pozostałe pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, dietetyczki oraz Centralna Sterylizatornia.

5. Komórki organizacyjne działalności niemedycznej i pomocniczej oraz samodzielne stanowiska pracy podlegające bezpośrednio Dyrektorowi:
 - a) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - b) Naczelną Pielęgniarką,
 - c) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych,
 - d) Zastępca Dyrektora ds. Technicznych,
 - e) Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości,
 - f) Biuro Obsługi Kancelaryjnej,
 - g) Dział Kadr i Płac,
 - h) Dział Organizacyjny,
 - i) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,
 - j) Inspektor ds. Obronnych,
 - k) Inspektorat BHP,
 - l) Inspektorat ds. ochrony p. pożarowej,
 - m) Referat Prawny,
 - n) Dział Audytu i Kontroli,
 - o) Rzecznik Prasowy Szpitala,
 - p) Dział Statystyki Medycznej i Kontraktowania,
 - q) Pełnomocnik ds. Praw Pacjentów,
 - r) Inspektor Ochrony Danych (IOD),
 - s) *wykreślony,*
 - t) *wykreślony.*
6. Komórki organizacyjne działalności niemedycznej i pomocniczej oraz samodzielne stanowiska pracy podlegające Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych w ramach pionu Technicznego:
 - a) Dział Techniczno – Eksploatacyjny,
 - b) Dział Sprzętu i Aparatury Medycznej,
 - c) Dział Administracyjno – Gospodarczy,
 - d) Dział Informatyki Szpitalnej,
 - e) Sekcja ds. Transportu i Dozoru Obiektu
7. Komórki organizacyjne działalności niemedycznej i pomocniczej oraz samodzielne stanowiska pracy podlegające Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych:
 - a) Główny Księgowy,
 - b) Dział Kosztów i Analiz,
 - c) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.
8. Szczegółową strukturę organizacyjną przedstawia schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu.

§ 25

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

§ 26

1. W Szpitalu funkcjonują oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne i poradnie specjalistyczne, będące komórkami organizacyjnymi działalności podstawowej.
2. Oddziały szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności.
3. Oddział szpitalny jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo-profilaktycznej działalności Szpitala:
 - 1) oddział może dzielić się na pododdziały i odcinki,

- 2) oddział dzieli się na odcinki pielęgniarskie; wielkość odcinka ustala ordynator/kierownik oddziału w porozumieniu z Naczelną Pielęgniarką i pielęgniarką/położną oddziałową,
 - 3) rozkład pracy lekarzy zatrudnionych w oddziale ustala ordynator / kierownik w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 4) dyżury lekarskie w oddziale zatwierdza Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa na wniosek ordynatora / kierownika,
 - 5) rozkład pracy średniego i niższego personelu medycznego zatwierdza na wniosek pielęgniarki/położnej oddziałowej/koordynującej Naczelna Pielęgniarka,
 - 6) personel pielęgniarski zatrudniony bezpośrednio przy obsłudze chorych oraz inny personel niezbędny do utrzymania oddziału w stałej gotowości zatrudniony jest w systemie zmianowym,
 - 7) szczegółowy rozkład dnia w oddziale ustala ordynator/kierownik w porozumieniu z pielęgniarką/położną oddziałową,
 - 8) informacji o stanie zdrowia chorego udziela ordynator / kierownik lub upoważniony przez niego lekarz,
 - 9) od godz. 22.00 do 6.00 obowiązuje cisza nocna.
4. Do zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności:
- 1) udzielanie pomocy medycznej, zwłaszcza w przypadkach nagłych (wypadkach i zachorowaniach),
 - 2) leczenie chorych zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej,
 - 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie,
 - 4) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia,
 - 5) wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne,
 - 6) zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
 - 7) przestrzeganie i realizowanie praw pacjenta,
 - 8) tworzenie warunków do prawidłowej adaptacji pacjenta, zapoznanie z regulaminem porządkowym i prawami pacjenta,
 - 9) zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych,
 - 10) zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 11) utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi,
 - 12) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych,
 - 13) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,
 - 14) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,
 - 15) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego,
 - 16) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz dokształcania pracowników medycznych,
 - 17) prowadzenie działalności naukowej i publikatorskiej
 - 18) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną,
 - 19) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji,
 - 20) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych,
 - 21) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
 - 22) przeprowadzanie badań klinicznych zgodnie z zawartymi umowami i obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie,
 - 23) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek oraz przeciwdziałanie przebywania w oddziale osób przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia szpitalnego,
 - 24) utrzymywanie w należyłym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

- 25) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału.
5. Wszystkie komórki działalności medycznej mają obowiązek współpracować z psychologiem w zakresie prowadzenia adaptacji pacjentów hospitalizowanych do warunków szpitalnych, wspomagania psychicznego pacjentów, przygotowywania do zabiegów itp.
 6. Psycholog udziela porad i konsultacji niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego i uczestniczy w diagnozowaniu pacjentów.
 7. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego (w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy), zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na oddziale, a w szczególności:
 - 1) rozpocząć dyżur o ustalonej godzinie - zgodnie z harmonogramem,
 - 2) kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej oddziału, składając raport z odbytego dyżuru ordynatorowi oddziału lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 3) kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywających na oddziale,
 - 4) przebywać na oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia na inny oddział, poinformować innego lekarza w oddziale lub personel pielęgniarski o miejscu pobytu,
 - 5) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania – rozpocząć leczenie,
 - 6) na prośbę lekarza dyżurnego innego oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane:
 - a) jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia,
 - b) w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia,
 - 7) wykonywać obchody lekarskie w godzinach co najmniej popołudniowych i wieczornych, a w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne - także rano.
 8. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa/Koordynująca jest odpowiedzialna za zapewnienie pod względem merytorycznym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej na oddziale.
 9. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa/Koordynująca podlega służbowo i fachowo Naczelnej Pielęgniarce i ponosi przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków, zaś funkcjonalnie podlega Ordynatorowi/ Kierownikowi Oddziału.
 10. W czasie nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej/Koordynującej za prawidłową pracę pielęgniarek danego oddziału odpowiada wyznaczona przez nią pielęgniarka, która przejmuje jej zakres zadań.
 11. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek odpowiada, wyznaczona w harmonogramie pracy oddziału pielęgniarka.
 12. W Szpitalu stosowana jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK). Koordynatorem OKK jest lekarz anestezjolog, pisemnie weryfikujący realizację poszczególnych etapów zabiegu operacyjnego. W przypadku zabiegu bez anestezjologa koordynatora OKK wyznacza lekarz chirurg operator.
 13. Poradnie Specjalistyczne są komórkami organizacyjnymi działalności podstawowej Szpitala, udzielającymi ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.
 14. Do zadań Poradni Specjalistycznych należy w szczególności:
 - 1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni,
 - 2) przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych,
 - 3) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego,
 - 4) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,
 - 5) promocja zdrowia i realizacja programów zdrowotnych,
 - 6) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną, wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne,

- 7) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji,
- 8) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ,
- 9) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
- 10) przeprowadzanie badań klinicznych zgodnie z zawartymi umowami i obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.

§ 27

1. Dyrektor może w drodze zarządzenia do realizacji określonych celów:
 - 1) powoływać zespoły zadaniowe, komisje i komitety,
 - 2) tworzyć działy i samodzielne stanowiska pracy.
2. W Szpitalu funkcjonuje Zespół ds. Etyki, do którego mogą zwracać się pracownicy Szpitala oraz pacjenci i inne osoby z problemami natury etycznej. Zespół ds. Etyki opracował obowiązujący każdego pracownika bez względu na formę zatrudnienia w Szpitalu „Kodeks Etyczny pracownika SP ZOZ WSS Nr3 w Rybniku” dostępny na stronie internetowej Szpitala.
3. Szczegółowe prace Zespołu określa zarządzenie wewnętrzne Dyrektora.

Zakres działania komórek organizacyjnych Szpitala

§ 28

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)

I. W skład Oddziału wchodzi następujące obszary:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowego;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjnego;
- 7) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

II. Do zadań w szczególności należy:

W zakresie SOR:

1. Przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów dorosłych z nagłymi zachorowaniami, zatruciami, urazami oraz nagłym pogorszeniem zdrowia z innej przyczyny zewnętrznej przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego bądź zgłaszających się samodzielnie.
2. Udzielanie świadczeń medycznych – diagnostyka, stabilizacja stanu i leczenie, pacjentom poszkodowanych w zdarzeniach nadzwyczajnych przywożonym przez zespoły ratownictwa medycznego bądź zgłaszającym się samodzielnie.
3. Pomoc ofiarom katastrof zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego „Planu zabezpieczenia katastrof”.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu.

III. W zakresie segregacji medycznej (TRIAGE):

1. Pacjenci zakwalifikowani wg procedury TRIAGE do kolorów: niebieskiego i zielonego mogą w godzinach od 8:00 – 16:00 udać się do jednostki udzielającej świadczeń z zakresu POZ natomiast w godz. od 16:00 – 8:00 oraz w dni wolne i świąteczne mogą udać się do punktu udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej znajdującego się w SP ZOZ WSS nr 3 w Rybniku w pawilonie nr 6.
W przeciwnym razie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w SOR będzie wynosił dla koloru zielonego – 120 min oraz dla koloru niebieskiego – 240 min.
2. Informujemy, iż maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza SOR:
 - na skierowanie Pacjenta na inny Oddział Szpitala wynosi 24 godz.

- na odmowę przyjęcia na Oddział SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowia wynosi 4 godz.

1a. Zespół Przyjęć

1. Zespół Przyjęć podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Lecznictwa oraz współpracuje z wszystkimi Oddziałami Szpitala.
2. W zakresie Zespołu Przyjęć:
 - a) przyjmowanie do Szpitala chorych w trybie planowym lub ze skierowaniem w trybie nagłym,
 - b) prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, w tym Księga Główna Przyjęć i Wypisów,
 - c) prowadzenie Depozytu Rzeczy Wartościowych pacjentów przyjętych do Szpitala,
 - d) prowadzenie Depozytu Ubrań pacjentów przyjętych do Szpitala.

2. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

- I. Do zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w szczególności należy:
 1. W zakresie anestezjologii:
 - 1) kwalifikacja pacjentów do znieczulenia z oceną ryzyka okołoperacyjnego,
 - 2) wykonywanie znieczuleń zgodnie z obowiązującym standardami,
 - 3) stała gotowość do podjęcia czynności reanimacyjnych,
 - 4) utrzymanie w stałej sprawności sprzętu i aparatury medycznej,
 - 5) prowadzenie dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.
 2. W zakresie intensywnej terapii:
 - 1) leczenie pacjentów w stanie zagrożenia życia,
 - 2) prowadzenie chorych pooperacyjnych w stanie zagrożenia życia,
 - 3) podtrzymywanie i stabilizacja czynności życiowych przy użyciu stosownej aparatury medycznej i leków,
 - 4) prowadzenie wielospecjalistycznego postępowania diagnostycznego,
 - 5) prowadzenie wielospecjalistycznego postępowania terapeutycznego,
 - 6) prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu,
 - 7) prowadzenie rehabilitacji u pacjentów.

3. Oddział Neurologii

- I. Struktura organizacyjna:
 - 1) Pododdział Udarowy,
 - 2) 4 - stanowiskowa sala intensywnej opieki z pełnym monitorowaniem pacjenta i dostępnością do urządzeń ratujących życie.
- II. Do zadań Oddziału Neurologii w szczególności należy:
 1. Diagnostyka i leczenie chorób organicznych i czynnościowych obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego:
 - 1) diagnostyka i leczenie chorób naczyniowych mózgu,
 - 2) diagnostyka i leczenie chorób zapalnych opon, ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego,
 - 3) diagnostyka i leczenie chorób mięśni i złączy nerwowo mięśniowego,
 - 4) diagnostyka i leczenie chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego,
 - 5) diagnostyka i leczenie chorób obwodowego układu nerwowego (zapalenia, urazy),
 - 6) diagnostyka i leczenie ostrych i przewlekłych zespołów bólowych głowy, kręgosłupa,
 - 7) diagnostyka i leczenie chorób z napadowymi zaburzeniami świadomości,
 - 8) diagnostyka i leczenie ostrych i przewlekłych bólów głowy,
 - 9) diagnostyka i leczenie chorób autoimmunologicznych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego,
 - 10) diagnostyka i leczenie chorób z "pogranicza" interny, okulistyki, chorób endokrynnych, onkologii,

- 11) intensywna terapia szczególnie chorych ze schorzeniami naczyniowymi ośrodkowego układu nerwowego,
 - 12) stała współpraca z oddziałem neurochirurgicznym w Jastrzębiu Zdroju.
 2. Prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu.
 3. Edukacja pacjentów.
- III. Do zadań Pododdziału Udarowego w szczególności należy:
- 1) intensywna diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentami z ostrym udarem mózgu.
 - 2) opieka i leczenie pacjentów ze świeżym udarem mózgu.
 - 3) wczesna rehabilitacja ruchowa u pacjentów ze świeżym udarem mózgu.
 - 4) wczesna rehabilitacja mowy u pacjentów ze świeżym udarem mózgu.
 - 5) wczesna pomoc psychologiczna pacjentów ze świeżym udarem mózgu,
 - 6) prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu,
 - 7) edukacja pacjentów.

4. Oddział Rehabilitacyjny

- I. Do zadań Oddziału Rehabilitacyjnego w szczególności należy:
1. Realizacja kompleksowego, indywidualnie dobranego dla każdego pacjenta programu rehabilitacji.
 2. Prowadzenie rehabilitacji kompleksowej, tj.:
 - 1) kinezyterapii,
 - 2) leczenia fizykalnego,
 - 3) hydroterapii,
 - 4) rehabilitacji psychologicznej.
 3. Kompleksowa rehabilitacja w chorobie Parkinsona i schorzeniach neurologicznych.
 4. Diagnostyka czynnościowa hospitalizowanych w oddziale pacjentów.
 5. Współpraca z oddziałami Szpitala w zakresie usprawniania chorych i kwalifikacji do hospitalizacji w oddziale rehabilitacji z zachowaniem zasad wczesności i ciągłości terapii.
 6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
 7. Edukacja pacjentów.
- II. Do zadań Pododdziału Rehabilitacji Neurologicznej w szczególności należy:
1. Leczenie chorych ze schorzeniami układu nerwowego ze szczególnym uwzględnieniem:
 - 1) urazów rdzenia kręgowego,
 - 2) udarów mózgu,
 - 3) urazów czaszkowo-mózgowych,
 - 4) chorób obwodowego układu nerwowego,
 - 5) następstw urazu wielonarządowego, w tym ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.
 2. Diagnostyka czynnościowa hospitalizowanych w oddziale pacjentów.
 3. Prowadzenie rehabilitacji kompleksowej, tj.:
 - 1) kinezyterapii,
 - 2) leczenia fizykalnego,
 - 3) rehabilitacji psychologicznej,
 - 4) rehabilitacji zaburzeń językowych,
 - 5) terapii zajęciowej.
 4. Współpraca z Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym w zakresie usprawniania chorych i kwalifikacji do hospitalizacji w oddziale rehabilitacji z zachowaniem zasad wczesności i ciągłości terapii.
 5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
 6. Edukacja pacjentów.

5. *wykreślony*

6. **Stacja Dializ** - do zadań szczególnych należy:

1. Leczenie chorych z niewydolnością nerek oraz chorych po zatruciach na stanowiskach dializacyjnych.
2. Zapewnienie 3-zmianowego systemu dializ.
3. Pełne zabezpieczenie w nagłych przypadkach kardiologicznych poprzez monitorowanie akcji serca, oddechu, ciśnienia oraz leczenia niedokrwistości przy pomocy erytropoetyny.
4. Transport chorych samochodem przystosowanym do przewozu osób niepełnosprawnych.

7. Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dermatologicznym i Pododdziałem Nefrologicznym

- I. Struktura organizacyjna w skład oddziału wchodzi 4-stanowiskowa sala intensywnej opieki z pełnym monitorowaniem pacjenta i dostępnością do urządzeń ratujących życie.
- II. Do zadań Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dermatologicznym i Pododdziałem Nefrologicznym w szczególności należy:
 1. Kompleksowa diagnostyka i leczenie schorzeń internistycznych, w tym również schorzeń z zakresu kardiologii, pulmonologii, gastroenterologii, hematologii, reumatologii, diabetologii, endokrynologii i chorób metabolicznych oraz geriatryi.
 2. Specjalistyczna diagnostyka dermatologiczna oraz leczenie schorzeń dermatologicznych z wykorzystaniem nowoczesnych metod leczenia w oparciu o specjalistyczny sprzęt.
 3. Specjalistyczna diagnostyka nefrologiczna oraz leczenie schorzeń nefrologicznych z wykorzystaniem nowoczesnych metod leczenia w oparciu o specjalistyczny sprzęt.
 4. Kwalifikowanie chorych do leczenia nerkozastępczego,
 5. Pełna diagnostyka obrazowa (NMR, TK, USG z użyciem Dopplera, pełny profil badań radiologicznych, badania endoskopowe, Holter EKG, Holter ciśnieniowy), laboratoryjne (biochemiczne, immunochemiczne, hormonalne i serologiczne),
 6. Prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu.
 7. Edukacja pacjentów.
 8. Zapewnienie ciągłości bezpłatnej opieki medycznej w ramach Poradni Dermatologicznej.

8. Oddział Kardiologiczny.

- I. Struktura organizacyjna:
 - 1) Oddział kardiologiczny,
 - 2) Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej
 - 3) Pracownia Hemodynamiki,
 - 4) Pracownia Elektroterapii i Elektrofizjologii
- II. Do zadań Oddziału Kardiologicznego w szczególności należy:
 1. Leczenie pacjentów ze schorzeniami układu krążenia w trybie pilnym i planowym.
 2. Diagnostyka inwazyjna chorób serca – koronarografia.
 3. Diagnostyka nieinwazyjna chorób serca.
 4. Wszczepianie i kontrola urządzeń do stymulacji, resynchronizacji i defibrylacji serca.
 5. Wdrażanie nowoczesnej terapii kardiologicznej przy współpracy z ośrodkami klinicznymi,
 6. Realizacja programów leczenia kardiologicznego obejmującego zawał mięśnia sercowego oraz niestabilną chorobę wieńcową:
 7. leczenie fibrynolityczne (Streptokinaza)
 8. leczenie przeciwplatek Aggrastatem
 9. przekazanie pacjenta do pierwotnej PTCA w trybie natychmiastowym
 10. program LATE-AMI z przekazaniem pacjenta w trybie pilnym do przezskórnej angioplastyki
 11. program OAT z przekazaniem pacjenta do 28 dni po zawale do przezskórnej angioplastyki.
 12. Leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych w trybie 24 godzinnego dyżuru hemodynamicznego,
 13. Prewencja pierwotna i wtórna zawału serca,
 14. Prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu,
 15. Edukacja pacjentów.
- III. Do zadań Pododdziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w szczególności należy:
 1. Monitorowanie i leczenie chorych hospitalizowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych w okresie po zabiegowym (zabiegi na naczyniach wieńcowych).

2. Monitorowanie i leczenie chorych z niestabilnością wieńcową i niewydolnością krążeniowo-oddechową.
3. Monitorowanie i leczenie chorych z groźnymi dla życia zaburzeniami rytmu serca.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu.

9. Oddział Okulistyczny

- I. Struktura organizacyjna:
 - 1) Pracownie diagnostyczne
 - 2) Sala operacyjna
- II. Do zadań Oddziału Okulistycznego w szczególności należy:
 1. Diagnostyka schorzeń okulistycznych.
 2. Leczenie zachowawcze i operacyjne:
 - 1) zaćmy z wszczępieniem sztucznej soczewki,
 - 2) jaskry,
 - 3) zezów,
 - 4) odwarstwienia siatkówki,
 - 5) zaopatrzenie chirurgiczne ran pourazowych,
 - 6) usuwanie ciał obcych wewnątrzgałkowych,
 - 7) drobne zabiegi operacyjne aparatu ochronnego i gałki ocznej,
 - 8) zabiegi plastyczne.
 3. Wykonywanie badań diagnostycznych, w tym wykonywanie wysokospecjalistycznych badań: GDX tj. badanie grubości włókien nerwowych siatkówki, angiografia fluoresceinowa oraz USG gałki ocznej.
 4. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
 5. Edukacja pacjentów.

10. wykreślony

11. Oddział Chirurgii Ogólnej

- I. Do zadań Oddziału Chirurgii Ogólnej w szczególności należy:
 1. Szybka, nowoczesna diagnostyka chirurgiczna różnych schorzeń.
 2. Wykonywanie operacji w zakresie chirurgii jamy brzusznej.
 3. Chirurgia małoinwazyjna – laparoskopowa.
 4. Wykonywanie diagnostyki i leczenie operacyjne nowotworów ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów przewodu pokarmowego, piersi, skóry.
 5. Udział w kompleksowym leczeniu chorych z urazami wielonarządowymi.
 6. Planowanie przyjęć i przygotowanie do zabiegu operacyjnego we współpracy z Poradnią chirurgii ogólnej.
 7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
 8. Edukacja pacjentów.
- II. Do zadań Pododdziału Chirurgii Naczyniowej w szczególności należy:
 1. Prowadzenie niezbędnej diagnostyki.
 2. Wykonywanie operacji naczyniowych w zakresie kończyn.
 3. Udział w kompleksowym leczeniu chorych z urazami wielonarządowymi.
 4. Wykonywanie przetok tętniczo – żylnych dla potrzeb Stacji Dializ.
 5. Współpraca z innymi oddziałami.
 6. Udzielanie konsultacji chorym ze schorzeniami naczyniowymi w innych oddziałach Szpitala.
 7. Planowanie przyjęć i przygotowywanie do zabiegów operacyjnych we współpracy z Poradnią chorób naczyń.
 8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

9. Edukacja pacjentów.

12. Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej

Do zadań Oddziału Chirurgii **Urazowo – Ortopedycznej** w szczególności należy:

1. Leczenie zachowawcze i operacyjne chorych z urazowym uszkodzeniem narządu ruchu, w tym:
 - 1) leczenie złamań kości długich kończyn górnych i dolnych, miednicy, w tym nowoczesne bezgipsowe leczenie złamań kości z użyciem stabilizatorów zewnętrznych, gwoździ śródszpikowych blokowanych oraz śrubopłytek HIP-LOC zezwalających na szybkie obciążenie operowanej kończyny;
 - 2) leczenie złamań kręgosłupa zachowawcze;
 - 3) leczenie uszkodzeń stawów – zachowawcze i operacyjne;
 - 4) leczenie uszkodzeń mięśni, ścięgien, więzadeł i nerwów;
2. Kompleksowe leczenie obrażeń wielonarządowych i wielomiejskowych narządu ruchu – we współpracy z anestezjologami, chirurgami, neurochirurgami i lekarzami innych specjalności.
3. Leczenia powikłań zrostu kostnego.
4. Leczenie pourazowych i krwiopochodnych zapaleń kości.
5. Leczenie wrodzonych i nabytych deformacji w obrębie narządu ruchu, w tym wydłużenia kończyn.
6. Leczenie chorych z zakresu reumoortopedii – synovectomie, tenosynovectomie, zabiegi korekcyjne rąk i stóp, artroplastyki.
7. Leczenie chorych z pierwotnymi i przerzutowymi nowotworami kości.
8. Implantacja endoprotez częściowych i całkowitych stawów biodrowych i kolanowych.
9. Artroskopie (wziernikowanie) diagnostyczne i operacyjne stawów.
10. Leczenie rekonstrukcyjne mięśni, więzadeł, ścięgien i nerwów wraz z zespołami uciskowymi – neuropatiami.
11. Leczenie z zakresu chirurgii plastycznej – rekonstrukcje, przeszczepy skóry.
12. Prowadzenie rehabilitacji u pacjentów.
13. Edukacja pacjentów.

13. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

- I. Struktura organizacyjna:
 - 1) Odcinek Ginekologiczny
 - 2) Blok Porodowy
 - 3) Sala cięć cesarskich
 - 4) Odcinek Położniczy
- II. Do zadań Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w szczególności należy:
 1. W zakresie ginekologii:
 - 1) diagnostyka i leczenie jednostek chorobowych z zakresu chorób kobiecych,
 - 2) poszerzenie powszechnie stosowanych zabiegów operacyjnych o nowe techniki leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet oraz wypadania narządu rodniego,
 - 3) zabiegi laparoskopowe.
 2. W zakresie endoskopii ginekologicznej:
 - szerokie zastosowanie technik laparoskopowych i histeroskopowych w diagnostyce i leczeniu operacyjnym schorzeń ginekologicznych.
 3. W zakresie położnictwa:
 - 1) intensywny nadzór nad ciężarnymi z ciążą wysokiego ryzyka,
 - 2) prowadzenie porodu fizjologicznego i patologicznego oraz wykonanie zabiegów związanych z patologią łożogów (wycięcie macicy, szycie rozległych ran krocza),
 - 3) porody w znieczuleniu przewodowym oraz porody rodzinne,
 - 4) promocja karmienia piersią,
 - 5) leczenie powikłań okresu łożogów.
 - 6) współpraca z Polskim Bankiem Komórek Macierzystych, w zakresie pobierania krwi pępowinowej.
 4. W zakresie patologii ciąży:

- 1) nowoczesne metody leczenia oraz nadzoru w przypadkach zagrożenia płodu,
- 2) leczenie porodu przedwczesnego (szczególnie w okresie 25 - 32 tyg. ciąży) w tym zabiegi amniotomii doowodniowych,
- 3) diagnostyka prenatalna,
- 4) diagnostyka, leczenie i monitorowanie towarzyszących ciąży chorób: nerek, serca i układu krążenia, cukrzycy, hematologicznych, centralnego układu nerwowego, układu naczyniowego, konfliktu serologicznego,
- 5) 5. Edukacja pacjentek.
- 6) 6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

14. Oddział Neonatologiczny

- I. Zadaniem Oddziału jest przewidywanie, wczesne rozpoznawanie zagrożenia zdrowia noworodka, prawidłowa diagnostyka i leczenie od pierwszych minut życia.
- II. Do zadań Oddziału Neonatologii w szczególności należy:
 1. Zapewnienie całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad wcześniakiem i noworodkiem w okresie jego adaptacji do życia pozamacicznego zgodnie z obowiązującym standardem.
 2. Prowadzenie resuscytacji na sali porodowej oraz gotowość do jej podjęcia.
 3. Ocenę stanu zdrowia noworodka po urodzeniu.
 4. Obserwację noworodków zagrożonych.
 5. Diagnostykę i leczenie chorych noworodków.
 6. Prowadzenie intensywnej terapii w koniecznym zakresie.
 7. Leczenie powikłań wcześniactwa.
 8. Leczenie zakażeń okołoporodowych.
 9. Diagnostyka i leczenie wad wrodzonych w możliwym zakresie.
 10. Profilaktyka zdrowotna.
 11. Wykonywanie badań przesiewowych.
 12. Prowadzenie dokumentacji medycznej noworodka.
 13. Promocja zdrowia, w tym karmienia piersią.
 14. Edukacja pacjentek.
 15. Współpraca z ośrodkami referencyjnymi.

15. Oddział Onkologiczny

- I. Struktura organizacyjna:
 1. Oddział stacjonarny,
 2. Sale do podawania chemioterapii i innych leków w trybie leczenia jednodniowego wyposażone w samodzielne stanowiska do podawania leków.
- II. Do zadań szczególnych Oddziału Onkologicznego oraz Pododdziału Hematologicznego i Pododdziału Chemioterapii należy:
 - 1) specjalistyczna diagnostyka oraz leczenie interdyscyplinarne schorzeń nowotworowych przez specjalistów z dziedziny onkologii, chemioterapii i radioterapii,
 - 2) realizowanie w ramach kontraktu ze ŚÓW NFZ onkologicznych programów terapeutycznych,
 - 3) leczenie wszystkich postaci nowotworów litych zgodnie z zakresem specjalizacji, ze szczególnym zwróceniem uwagi na kompleksowe leczenie raka piersi, nowotwory przewodu pokarmowego, narządu rodowego, nowotwory układu moczowo-płciowego,
 - 4) diagnostyka i leczenie schorzeń onkohematologicznych (chłoniaki, gammapatie, szpiczak mnogi) we współpracy z ośrodkami przeszczepowymi (Klinika Transplantologii Szpiku Centrum Onkologii Gliwice i Klinika Hematologii SUM w Katowicach),
 - 5) leczenie powikłań po chemioterapii,
 - 6) podejmowanie działań zmierzających do propagowania profilaktyki chorób nowotworowych,
 - 7) ciągłość bezpłatnej opieki medycznej w ramach Poradni Onkologicznej,
 - 8) leczenie chorych w ramach międzynarodowych, randomizowanych badań klinicznych.

16. wykreślony

17. Oddział Endokrynologii i Chorób Metabolicznych

Do zadań szczególnych należy:

1. Specjalistyczna diagnostyka i leczenie jednostek chorobowych z zakresu wewnętrznego wydzielania i chorób metabolicznych,
2. Leczenie cukrzycy i jej powikłań oraz chorób tarczycy, przynależnych, układu podwzgórzowo-przysadkowego, chorób nadnerczy, zaburzeń andrologicznych, menopauzy i histurizmu.

18. Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń dla Dzieci

Do zadań szczególnych należy:

1. Leczenie schorzeń chirurgicznych i ortopedycznych u dzieci do lat 18,
2. Leczenie oparzeń u dzieci do lat 18,
3. Przeprowadzanie planowych zabiegów chirurgicznych,
4. Szybka i nowoczesna diagnostyka,
5. Zaopatrywanie urazów,
6. Rehabilitacja.

19. *wykreślony*

20. Oddział Pediatriczny

Do zadań szczególnych należy:

1. Kompleksowa diagnostyka i terapia schorzeń układu oddechowego, krążenia, pokarmowego, moczowego, w reumatologii, neurologii dziecięcej i hematologii,
2. Opieka psychologa klinicznego,
3. Współpraca z wysokoreferencyjnymi ośrodkami klinicznymi.

21. Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej

Do zadań szczególnych należy:

1. kompleksowe leczenie kamicy układu moczowego,
2. diagnostyka i leczenie chorób stercza z wykonywaniem prostatektomii radykalnych,
3. laparoskopowe leczenie żyłaków powrózka nasiennego i cyst nerek,
4. wykonywanie zabiegów leczenia nieotrzymania moczu taśmą z biomateriału,
5. wysokospecjalistyczne leczenie i diagnostyka schorzeń układu moczowego przy użyciu nowoczesnego sprzętu endoskopowego (zestawy do zabiegów przezcewkowych resekcji prostaty, litotrypsji kamicy moczowodowej (URS) i nerkowej (PCNL) energią lasera Holmowego lub EKL,
6. wykonywanie badań urodynamicznych i badań USG z możliwością oceny i biopsji stercza głowicą rektalną.

22. Zakład Diagnostyki Obrazowej

1. Zakładem Diagnostyki Obrazowej (ZDO) kieruje i koordynuje kierownik, który odpowiada za całokształt funkcjonowania Zakładu i podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Zakład Diagnostyki Obrazowej pracuje w systemie całodobowym.
3. Do podstawowych zadań Zakładu należy wykonywanie:
 - a) tomografii komputerowej diagnostycznej,
 - b) rezonansu magnetycznego,
 - c) badań naczyniowych – angio TK i angio MR,
 - d) diagnostycznych badań mammograficznych
 - e) dodatkowych badań z wykorzystaniem mammografii takich jak dodatkowe projekcje w mammografii oraz zdjęcia lokalizacyjne,
 - f) procedur zabiegowych z wykorzystaniem mammografii:
 - g) biopsje stereotaktyczne
 - h) zdjęć rentgenowskich,
 - i) badań rtg z użyciem środków kontrastowych,
 - j) opisów zdjęć,

- k) badań USG,
 - l) biopsji pod kontrolą USG.
4. Każdy pacjent korzystający z usług medycznych Zakładu Diagnostyki Obrazowej winien być zarejestrowany w systemie komputerowym ZDO i być wpisany do Księgi Badań RTG.
 5. Numer kolejny z Księgi Badań RTG służy do oznaczania i identyfikacji zdjęć. Każde zdjęcie powinno mieć wpisane imię i nazwisko pacjenta oraz datę wykonania.
 6. Badania ocenia radiolog, z co najmniej I stopniem specjalizacji lub lekarz specjalizujący się w zakresie rentgenodiagnostyki pod nadzorem specjalisty radiologa.
 7. W Zakładzie powinna być prowadzona sprawozdawczość i archiwizacja zgodna z zasadami określonymi w Szpitalu.
 8. W Zakładzie winny być w widocznym miejscu prawa pacjenta oraz instrukcje bhp dla pracowników Zakładu dostępne u Kierownika ZDO.

23. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

1. Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL), w którego skład wchodzi:
 - a) Punkt pobrań materiałów do badań laboratoryjnych,
 - b) Pracownia Biochemii Klinicznej,
 - c) Pracownia Immunochemiczna
 - d) Pracownia Białek,
 - e) Pracownia Kontroli Jakości Badań,
 - f) Pracownia Serologii Grupy Krwi,
 - g) Bank Krwi,
 - h) Pracownia Hematologii i Hemostazy,
 - i) Pracownia Analityki Ogólnej,
 - j) Pracownia Mikrobiologii,kieruje i koordynuje kierownik, będący jednocześnie kierownikiem każdej z komórek wchodzących w skład ZDL. Kierownik odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie ZDL oraz wszystkich komórek wchodzących w jego skład i podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. ZDL wykonuje badania dla pacjentów leczonych stacjonarnie w Szpitalu, dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie a także pacjentów z zewnątrz.
3. Próbkówki i inne pojemniki z materiałem do badań winny być opatrzone odpowiednim kodem (dla pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalu) i nalepką z nazwiskiem, imieniem i oddziałem pacjenta. Do materiału badanego należy dołączyć skierowanie na badania laboratoryjne wygenerowane elektronicznie (dla pacjentów leczonych stacjonarnie) lub wypisane przez właściwą komórkę organizacyjną (zakład opieki zdrowotnej z zewnątrz) z imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz właściwymi dla rodzaju badań danymi.
4. Materiał do badań stanowi własność ZDL i pozostały po wykonaniu badania powinien być niszczone, a naczynia dokładnie wymyte i odkażone.
5. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej funkcjonuje w ruchu ciągłym.
6. Do szczegółowych zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej należą:
 - a) wykonywanie badań laboratoryjnych z zakresu:
 - b) biochemii klinicznej,
 - c) analityki ogólnej
 - d) hematologii i serologii
 - e) immunochemii
 - f) hemostazy
 - g) serologii grup krwi i prób krzyżowych
 - h) mikrobiologii
 - i) prowadzenie szczegółowej dokumentacji badań, a przede wszystkim:
 - 1) raportów badań dziennych w postaci wydruków zbiorczych w poszczególnych pracowniach ZDL,
 - 2) raportów badań dyżurowych w postaci wydruków zbiorczych,
 - 3) książki przyjęć materiału do badań laboratoryjnych dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie oraz dokumentacji materiału biologicznego wysyłanego do placówek zewnętrznych,
 - j) pobieranie materiału do badań od pacjentów z zewnątrz
 - k) sporządzanie wyników badań na formularzach podpisanych przez wykonującego badanie i sprawdzającego – kierownika laboratorium,
 - l) zapewnienie ścisłego przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bezpieczeństwa pożarowego przez pracowników Laboratorium i pacjentów,

m) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów.

24. Centrum Diagnostyki

1. Centrum Diagnostyki zwanym dalej Centrum kieruje kierownik, który odpowiada za całokształt jego funkcjonowania i podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do podstawowych zadań Centrum należy udzielanie specjalistycznych świadczeń diagnostycznych w pracowniach:
 - a) Pracownia UKG,
 - b) Pracownia USG,
 - c) Pracownia „Holtera”,
 - d) Pracownia Spirometrii,
 - e) Pracownia Endoskopii,
 - f) Pracownia EKG,
 - g) Pracownia Audiometrii,
 - h) Pracownia EEG,
 - i) Pracownia EMGoraz prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wykonywanymi procedurami.
3. Centrum pracuje w systemie jednozmianowym z zapewnieniem w trybie dyżurowym ciągłej możliwości wykonania urgensowych endoskopii.
4. Centrum udziela świadczeń pacjentom hospitalizowanym, kierowanym z przychodni specjalistycznych funkcjonujących w Szpitalu oraz innym pacjentom w ramach zawartych z podmiotami zewnętrznymi umów lub odpłatnie.

25. Ośrodek rehabilitacji dziennej (Dział Rehabilitacji)

1. Ośrodkiem kieruje koordynator, który odpowiada za prawidłowy przebieg procesu rehabilitacji zgodnie ze zleceniem lekarza prowadzącego i podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do zadań Ośrodka Rehabilitacji należy:
 - a) udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej pacjentom ambulatoryjnym oraz hospitalizowanym w oddziałach Szpitala,
 - b) dążenie do osiągnięcia w jak najkrótszym czasie u osób z naruszoną sprawnością układu ruchowego takiej sprawności jaką miał chory przed zachorowaniem lub wypadkiem,
 - c) praca nad osiągnięciem maksimum sprawności fizycznej i psychicznej u osób z trwałym kalectwem,
 - d) wprowadzanie nowych form i metod leczenia zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy,
 - e) prowadzenie dokumentacji i statystyki sprawozdawczej,
 - f) prowadzenie szkoleń oraz doszkalcenie pracowników medycznych.
3. Ośrodek zobowiązany jest do prowadzenia zeszytów zabiegów i dokumentacji z przebiegu rehabilitacji. Zabiegi wykonywane są na podstawie zleceń lekarza prowadzącego dla pacjentów oddziałów szpitalnych i poradni.
4. Ośrodek funkcjonuje zgodnie z ustalonym harmonogramem.

26. Apteka Szpitalna

1. Apteką Szpitalną kieruje kierownik, który odpowiada za całokształt pracy i funkcjonowania Apteki i podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Apteka Szpitalna działa w oparciu o Ustawę Prawo Farmaceutyczne oraz odpowiednie akty wykonawcze.
3. Podstawowym zadaniem Apteki Szpitalnej jest świadczenie usług farmaceutycznych obejmujących:
 - a) wydawanie produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych,
 - b) sporządzanie leków recepturowych i aptecznych,
 - c) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.
 - d) Apteka ma charakter apteki zamkniętej.
4. Do zadań szczegółowych Apteki należy:

- a) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta,
- b) wydawanie produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych osobom uprawnionym zgodnie z zasadami rotacji leków,
- c) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych w ramach Pracowni Leku Cytostatycznego,
- d) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- e) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala,
- f) ewidencja próbek do badań klinicznych,
- g) rejestrowanie darowizn produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- h) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
- i) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu,
- j) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne, ścisła współpraca z Działem Zamówień Publicznych, przestrzeganie przepisów i procedur przewidzianych w Ustawie o Zamówieniach Publicznych, prowadzenie rejestru umów,
- k) zapewnienie odpowiedniej jakości dostarczanego asortymentu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, analiza rynku w tym zakresie,
- l) sprawdzanie wiarygodności dostawców, zapewnienie terminowych dostaw,
- m) monitorowanie wykorzystania limitów finansowych przez jednostki organizacyjne Szpitala w oparciu o plan finansowy.

27. Zakład Anatomopatologii

1. Zakład Anatomopatologii podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do podstawowych zadań Zakładu należy wykonywanie badań histopatologicznych, cytologicznych, biopsyjnych i autopsji, a w szczególności:
 - a) przygotowanie preparatów mikroskopowych,
 - b) ocena histopatologiczna preparatów celem ustalenia konkretnego rozpoznania, wypisywanie wyników badań,
 - c) wykonywanie BAC celem ustalenia konkretnego rozpoznania lub ustalenie kręgu różnicowego,
 - d) prowadzenie „Księgi badań” (Księgi Zakładu),
 - e) prowadzenie archiwum Zakładu w zakresie wykonywanych badań (preparaty mikroskopowe, bloczki parafinowe),
 - f) sporządzanie meldunków w zakresie wykonywanych badań, sprawozdań statystycznych i resortowych
 - g) wykonywanie sekcji zwłok
3. W Zakładzie prowadzona jest stosowna dokumentacja medyczna przewidziana w odrębnych przepisach.
4. Zakład funkcjonuje od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.35, przy czym prosektorium od 6.00 do 13.35.

28. Centralna Sterylizatornia

1. Centralną Sterylizatornię kieruje koordynator, który podlega bezpośrednio Naczelniej Pielęgniarse.
2. W skład Centralnej Sterylizatorni wchodzi Stacja Łóżek.
3. Centralna Sterylizatornia wykonuje usługi w zakresie sterylizacji i dezynfekcji sprzętu dla bloku operacyjnego, sal zabiegowo-operacyjnych, oddziałów szpitalnych, poradni i innych komórek medycznych Szpitala oraz dla podmiotów zewnętrznych na podstawie zawartych umów.
4. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy:
 - a) kompletna obróbka narzędzi chirurgicznych oraz sprzętu medycznego wielokrotnego użytku obejmująca: mycie, dezynfekcję, kontrolę, kompletowanie zestawów, właściwe opakowanie oraz sterylizację,
 - b) przygotowywanie sterylnych pakietów materiałów opatrunkowych,
 - c) kontrola prawidłowości procesów sterylizacyjnych,

- d) przechowywanie w odpowiednich warunkach zestawów i pakietów będących w obrocie i w rezerwie,
 - e) sprawna dystrybucja materiału sterylnego do komórek medycznych Szpitala.
5. Do zadań Stacji Łóżek należy:
- a) mycie i dezynfekcja łóżek szpitalnych z wyposażeniem oraz pozostałego sprzętu szpitalnego (wózki transportowe, buty operacyjne itp.),
 - b) dezynfekcja materacy i materiałów wrażliwych na wysoką temperaturę w komorze dezynfekcyjnej.
6. Personel zatrudniony w Centralnej Sterylizatorni to pielęgniarki, technicy sterylizacji medycznej oraz dezynfektorzy (zgodnie z Regulaminem pracy) zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji oraz sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

29. Blok Operacyjny

1. Blokiem Operacyjnym kieruje kierownik oraz pielęgniarka/położna oddziałowa. Odpowiadają za całokształt pracy bloku i jego funkcjonowanie. Kierownik Bloku podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa a pielęgniarka/położna oddziałowa Naczelnej Pielęgniarce.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi:
 - 1) siedem sal operacyjnych,
 - 2) sala cięć cesarskich.
3. Zadaniem Bloku Operacyjnego jest:
 - 1) wykonywanie zabiegów operacyjnych z zakresu:
 - a) chirurgii ogólnej i naczyniowej,
 - b) chirurgii urazowo-ortopedycznej,
 - c) ginekologii i położnictwa,
 - d) urologii,
 - e) chirurgii dzieci,
 - f) laryngologii dorosłych
 - g) laryngologii dzieci,
 - 2) obsługa sali do cięć cesarskich przy trakcie porodowym,
 - 3) zabezpieczenie sal zabiegowych w SOR w zakresie instrumentowania do zabiegów operacyjnych, w godzinach dyżurowych.
4. Tryb pracy Bloku Operacyjnego:
 - 1) pełni całodobowo ostry dyżur,
 - 2) wykonywane są zabiegi planowe i pozaplanowe,
 - 3) zabiegi planowe wykonywane są zgodnie z planem ustalonym dla poszczególnych oddziałów zabiegowych,
 - 4) plan operacji sporządzany jest przez kierownika Bloku na podstawie planów oddziałów zabiegowych,
 - 5) za pobyt pacjenta w Bloku odpowiada zespół operacyjny,
 - 6) decyzję o przekazaniu pacjenta do oddziału macierzystego podejmuje lekarz anestezjolog lub operator,
 - 7) funkcję i obowiązki kierownika Bloku Operacyjnego w trakcie dyżuru pełni lekarz anestezjolog z II stopniem specjalizacji.
5. Personel pracujący na Bloku Operacyjnym jest zobowiązany do:
 - 1) przestrzegania zasad aseptyki zgodnie z opracowanymi instrukcjami,
 - 2) przestrzegania zasad postępowania zgodnie z obowiązującym „Regulaminem Bloku Operacyjnego”.

30. Zakład Opiekuńczo-Lecniczy

1. Działalnością Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego (ZOL) kieruje kierownik przy pomocy pielęgniarki oddziałowej.
2. Celem Zakładu jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych osobom, które nie wymagają hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz

- brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym, są niezdolne do samoopieki, wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej.
3. Zakład zapewnia pacjentom środki farmaceutyczne, materiały medyczne i pomocnicze, pomieszczenia oraz wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
 4. Uprawnionymi do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym są osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, które ukończyły 18-ty rok życia i nie posiadają przeciwwskazań do umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-lecznym o profilu ogólnym.
 5. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (przepustka), za każdy dzień pobytu poza zakładem pobierana jest opłata w wysokości 70 % stawki dobowej.
 6. Zasady przyjęcia i organizacji świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym:
 - a) skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznego wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego,
 - b) z wnioskiem o wydanie skierowania do Zakładu może wystąpić osoba ubiegająca się o pobyt, jej prawny opiekun, ośrodek opieki społecznej lub zakład opieki zdrowotnej; wymagane dokumenty:
 - 1) skierowanie lekarza POZ lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego na obowiązującym druku,
 - 2) wywiad pielęgniarki i zaświadczenie lekarskie,
 - 3) karta oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel, a ponadto ocena wg skali Glasgow w stanach chorobowych przebiegających z zaburzeniami świadomości,
 - 4) oświadczenie osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL lub jej przedstawiciela prawnego
 - 5) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do ZOL, albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie.
 - c) wniosek, o którym mowa w pkt. b opiniuje lekarz wyznaczony przez organ kierujący spośród lekarzy zatrudnionych w Szpitalu,
 - d) skierowanie do ZOL wydaje się na czas określony, który wynosi od 3 do 12 miesięcy; w uzasadnionych przypadkach przedłużenie może nastąpić jedynie po uzyskaniu zgody decyzją Marszałka Województwa Śląskiego,
 - e) jeżeli osoba skierowana do Zakładu z powodu braku miejsca nie może być przyjęta w terminie 3 miesięcy od dnia wydania decyzji Marszałka Województwa Śląskiego kierującej do ZOL, zostaje umieszczona na liście oczekujących,
 - f) osobie skierowanej albo Zakładowi Opieki Zdrowotnej, w której dana osoba przebywa Zakład Opiekuńczo-Leczny przekazuje:
 - 1) informacje o kolejności na liście osób oczekujących
 - 2) udostępnia na żądanie osoby zainteresowanej lub organu kontrolującego wgląd do listy osób oczekujących.
 - g) osoba skierowana powinna być przyjęta do ZOL nie później niż w terminie 12 miesięcy od wydania skierowania,
 - h) w razie niemożności dotrzymania w/w terminu, przyjęcia do ZOL będą wstrzymane do momentu realizacji zaległych zobowiązań.
 7. Zakład Opiekuńczo-Leczny zapewnia następujący zakres świadczeń:
 - a) usługi zdrowotne
 - 1) pielęgnacyjne (wynikające z diagnozy pielęgniarskiej),
 - 2) rehabilitacyjne – aktywizacja, rehabilitacja psychiczna i ruchowa, terapia metodami fizycznymi w podstawowym zakresie,
 - 3) lecznicze (leczenie farmakologiczne, zabiegi terapeutyczne z zastosowaniem podstawowych leków i materiałów, konsultacje specjalistyczne),
 - 4) diagnostyczne (w zakresie podstawowych badań laboratoryjnych, radiologicznych itp.), niezbędne do monitorowania stanu zdrowia chorego lub interwencji w przypadku zaostrzenia objawów choroby,
 - 5) dietetyczne,
 - 6) w zakresie terapii zajęciowej;
 - b) edukację zdrowotną

- c) wsparcie psychologiczne
 - d) usługi socjalno-opiekuńcze polegające na:
 - 1) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
 - 2) aktywizacji,
 - 3) pomocy w załatwianiu spraw osobistych,
 - 4) zapewnieniu dostępu do różnorodnych form pomocy socjalnej;
 - e) w związku z potrzebami bytowymi zapewnia się:
 - 1) zakwaterowanie,
 - 2) wyżywienie,
 - 3) utrzymanie czystości;
 - f) usługi wspomagające:
 - 1) zapewnienie możliwości kontaktu z rodziną i bliskimi,
 - 2) umożliwienie realizacji potrzeb religijnych i kulturowych.
8. Wypisanie z Zakładu, jeśli przepisy nie stanowią inaczej następuje, gdy:
- a) stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Zakładzie,
 - b) na żądanie osoby przebywającej w Zakładzie lub jej przedstawiciela ustawowego,
 - c) gdy osoba przebywająca w Zakładzie rażąco narusza regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie zagrożenie dla jej zdrowia, albo życia i zdrowia osób innych,
 - d) upłynął określony w decyzji czas pobytu pacjenta w Zakładzie,
 - e) jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Zakładzie, Dyrektor Szpitala może odmówić wypisu do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Zakładu Sąd Opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania z Zakładu i przyczynach odmowy,
 - f) osoba występująca o wypisanie na własne żądanie jest informowana przez lekarza o następstwach zaprzestania leczenia w Zakładzie. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

31. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

- 1. Do zadań Poradni należy:
 - a) zapewnienie udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych,
 - b) udzielanie porady lekarskiej w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie,
 - c) udzielanie przez pielęgniarkę, zleconych przez lekarza, świadczeń doraźnych w związku z poradą lekarską lub w celu zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji,
 - d) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - e) realizacja zabiegów i procedur diagnostyczno – terapeutycznych w Gabinetzie zabiegowym w trakcie udzielanej przez lekarza poradni porady lekarskiej oraz wynikających z udzielanej porady,
 - f) wykonywanie innych zadań wynikających z wewnętrznych zarządzeń Dyrektora Zakładu.
- 2. Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz w przynależnej do Poradni Gabinetzie Diagnostycznym.
- 3. *wykreślono.*
- 4. *wykreślono.*
- 5. *wykreślono.*

32. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

- 1. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
- 2. W skład Zespołu wchodzi:
 - 1) Kierownik Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych
 - 2) Pielęgniarki epidemiologiczne
 - 3) Mikrobiolog
- 3. Do zadań Zespołu w szczególności należy:
 - 1) opracowywanie i realizacja rocznych programów kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 2) identyfikacja endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych,
 - 3) planowanie i realizacja doraźnych działań w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego,

- 4) aktywne zwalczanie ognisk epidemicznych,
 - 5) prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych,
 - 6) sporządzanie raportów z działalności Zespołu dla Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Dyrekcji Szpitala w okresach półrocznych i rocznych oraz dla Powiatowego Inspektora Sanitarnego w okresie rocznym,
 - 7) planowanie i prowadzenie szkoleń personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 8) aktywna współpraca z pracownią mikrobiologii, oddziałami szpitalnymi i apteką w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 9) ścisła współpraca z organami Państwowego Inspektora Sanitarnego.
4. Metody działania:
- 1) członkowie zespołu jako podstawę do działania wykorzystują regularne informacje z pracowni mikrobiologii oraz wizyty na oddziałach,
 - 2) aktywne działanie w przypadku wystąpienia epidemii szpitalnej,
 - 3) aktywne monitorowanie zakażeń szpitalnych wg założonego programu,
 - 4) nadzór i prowadzenie edukacji personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 5) opracowywanie, wdrażanie i monitorowanie skuteczności procedur, standardów i rekomendacji kontroli zakażeń szpitalnych.

33. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości

1. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Jakości należy:
 - 1) podejmowanie działań, celem zwiększenia efektywności i jakości pracy,
 - 2) organizowanie i wykonywanie czynności zmierzających do wystąpienia z wnioskiem o wydanie certyfikatu akredytacyjnego lub innego certyfikatu systemu zarządzania,
 - 3) współdziałanie ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej w celu opracowania możliwych do wdrożenia standardów udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o wypracowane dotychczas metody stosowane w Szpitalu, a mające pozytywny wpływ na jakość i sprawność wykonywania świadczeń zdrowotnych.
 - 4) prowadzenie spraw związanych z opracowaniem i wdrażaniem standardów jakościowych,
 - 5) przygotowanie i udział w szkoleniach pracowników w zakresie wprowadzania standardów jakości usług medycznych,
 - 6) udział w badaniach prowadzonych w Szpitalu nt. satysfakcji pacjentów,
 - 7) nadzorowanie prac nad opracowaniem ankiety satysfakcji pacjenta,
 - 8) parafowanie zarządzeń wewnętrznych dotyczących jakości i innych dokumentów regulujących organizację i zasady funkcjonowania Szpitala,
 - 9) kontrola realizacji wydanych zarządzeń, instrukcji i wytycznych regulujących zasady funkcjonowania Szpitala w poszczególnych jego komórkach organizacyjnych,
 - 10) reprezentowanie Najwyższego Kierownictwa Szpitala w kontaktach zawodowych z zewnętrznymi organami certyfikującymi lub odpowiednimi stowarzyszeniami,
 - 11) dostosowywanie zintegrowanego systemu zarządzania do zmieniających się celów jakości, struktury organizacyjnej i stanu wymagań prawnych,
 - 12) utrzymywanie systemu w zgodności z wymaganiami normy ISO 9001 i ISO 14001,
 - 13) doskonalenie metod zarządzania do szybkiego rozpoznawania występujących braków i ich unikania,
 - 14) inicjowanie właściwych szkoleń w zakresie jakości,
 - 15) nadzór nad Księgą Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
 - 16) ulepszanie metod, procedur i sposobów utrzymania zintegrowanego systemu zarządzania,
 - 17) sprawdzanie rzeczywistego stanu zintegrowanego systemu zarządzania poprzez planowanie i nadzorowanie audytów wewnętrznych,
 - 18) nadzorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych,
 - 19) rozwój i koordynacja programów dotyczących wymagań jakościowych,
 - 20) przedstawianie Kierownictwu Szpitala informacji o funkcjonowaniu zintegrowanego systemu zarządzania na Przeglądach Najwyższego Kierownictwa Szpitala.

34. Biuro Obsługi Kancelaryjnej

1. Biuro Obsługi Kancelaryjnej bezpośrednio podlega Dyrektorowi Szpitala.
2. W skład Biura wchodzi:
 - a) pracownik Sekretariatu Dyrektora,
 - b) Kancelaria Szpitala,
 - c) pracownik Szpitala prowadzący obsługę kancelaryjną Referatu Prawnego.
3. Pracę Biura organizuje i nadzoruje pracownik Sekretariatu Dyrektora.
4. Do podstawowych zadań Biura należy:
 - a) obsługa administracyjno – techniczna Dyrektora Szpitala oraz jego zastępców, a w szczególności:
 - zapewnienie właściwej i terminowej realizacji powierzonych zadań,
 - nadzór nad wydawanymi zarządzeniami Dyrektora,
 - prowadzenie rejestru pism terminowych i poufnych, prowadzenie terminarza narad, konferencji, spotkań, odpowiednie kompletowanie i przechowywanie tej dokumentacji, okresowe segregowanie i kasowanie zbędnej dokumentacji,
 - b) obsługa kancelaryjna Szpitala, zgodnie z zakresem czynności wynikających z innych dokumentów wewnętrznych Szpitala,
 - c) obsługa kancelaryjna Referatu Prawnego.

35. Dział Kadr i Płac

1. Działem kieruje kierownik, który odpowiada za całokształt pracy Działu i jego funkcjonowanie i podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do podstawowych zadań Działu należy:
 - a) związanych z praktyczną nauką zawodu w pionie administracyjnym,
 - b) prowadzenie spraw związanych z wolontariatem,
 - c) prowadzenie spraw związanych z przeszkoleniem w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu,
 - d) opracowanie planu finansowo-księgowego Działu, analiza jego realizacji,
 - e) opracowanie planu zamówień publicznym w zakresie Działu,
 - f) prowadzenie korespondencji z pracownikami i instytucjami zewnętrznymi,
 - g) W zakresie spraw socjalnych do zadań Działu należy:
 - h) opracowywanie preliminarza dochodów i wydatków z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na dany rok oraz bieżące monitorowanie wykorzystania tych środków,
 - i) współdziałanie z Zakładową Komisją Socjalną,
 - j) opracowywanie, przy współudziale organizacji związkowych, regulaminu gospodarowania środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
 - k) obsługa administracyjno- techniczna Zakładowej Komisji Socjalnej, prowadzenie dokumentacji z posiedzeń Komisji,
 - l) prowadzenie dokumentacji dotyczącej refundacji z tytułu indywidualnego wypoczynku pracowników, turnusów rehabilitacyjnych oraz „zielonej szkoły”,
 - m) prowadzenie spraw związanych z udzielaniem pomocy rzeczowej i finansowej pracownikom znajdującym się okresowo w trudnej sytuacji życiowej i/lub materialnej,
 - n) prowadzenie spraw związanych z udzielaniem pożyczek z ZFŚS,
 - o) miesięczne uzgadnianie sald pożyczek oraz wszystkich wypłaconych świadczeń socjalnych z Działem Księgowo- Finansowym,
 - p) gromadzenie dokumentacji i obliczanie wypłat wynagrodzeń pracowniczych, zasiłków z ubezpieczenia społecznego i innych świadczeń pieniężnych, wynikających ze stosunku pracy,
 - q) prowadzenie kart wynagrodzeń pracowników,
 - r) obliczanie podatku od wynagrodzeń, składek na rzecz ZUS, opracowywanie deklaracji podatkowej i ZUS oraz przelewanie należnych kwot na rzecz ZUS i stosownych urzędów,
 - s) sporządzanie list wynagrodzeń,
 - t) prowadzenie ewidencji wynagrodzeń dla celów statystycznych, sporządzanie stosownych do zakresu działania sprawozdań statystycznych,
 - u) sporządzanie dokumentacji dotyczącej kapitału początkowego do świadczeń emerytalnych,
 - v) ww)sporządzanie kalkulacji kosztów oraz rozliczanie środków finansowych otrzymywanych na realizację umów dotyczących lekarzy stażystów i rezydentów,

- w) sporządzanie na wniosek pracowników zaświadczeń o osiągniętych przychodach. wprowadzanie i aktualizowanie danych kadrowych w informatycznym systemie kadrowo-płacowym,
 - x) przygotowanie dokumentów dotyczących nawiązania i rozwiązania stosunku pracy oraz prowadzenie i zakładanie akt osobowych,
 - y) prowadzenie i aktualizacja ewidencji osobowej pracowników,
 - z) przygotowywanie dokumentów pracowników przechodzących na emeryturę, rentę lub świadczenia rehabilitacyjne,
 - aa) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
 - bb) prowadzenie spraw związanych ze zgłoszeniem do ubezpieczenia społecznego pracowników i członków ich rodzin,
 - cc) prowadzenie spraw doboru i rozmieszczenia kadr, zapobieganie nadmiernej fluktuacji,
 - dd) organizowanie i przeprowadzanie naboru na wolne stanowisko pracy, zgodnie z obowiązującą Instrukcją,
 - ee) przygotowanie kwestionariuszy okresowej oceny pracowników szpitala, przeprowadzanie analizy okresowej oceny pracowników i realizacja wniosków wynikających z tych ocen,
 - ff) prowadzenie rejestru wydanych upoważnień do przetwarzania danych osobowych,
 - gg) prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem i doskonaleniem zawodowym pracowników,
 - hh) opracowywanie planów rocznych szkoleń, kierowanie indywidualne na kursy, sympozja i konferencje, określenie wydatków z tym związanych i zlecenia zapłaty na kursy i szkolenia,
 - ii) organizowanie i prowadzenie różnych form doksztalcania zawodowego w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych,
 - jj) prowadzenie spraw związanych z czasem pracy, jego wykorzystaniem i dyscypliną pracy, prowadzenie dokumentacji związanej z roczną ewidencją nieobecności,
 - kk) opracowywanie planów zatrudnienia, analiza wykonania planu, wyjaśnienie przyczyn zaistniałych przekroczeń,
 - ll) prowadzenie ewidencji delegacji służbowych oraz zwolnień z tytułu niezdolności do pracy,
 - mm) sporządzanie sprawozdań statystycznych zgodnie z Ustawą o statystyce państwowej i przepisami wykonawczymi do Ustawy,
 - nn) sporządzanie raportów o stanie zatrudnienia, kwalifikacjach pracowników dla organu założycielskiego, NFZ oraz kierowników komórek organizacyjnych Szpitala,
 - oo) prowadzenie rejestru wydanych upoważnień i pełnomocnictw,
 - pp) prowadzenie ewidencji w zakresie wyjazdów służbowych i prywatnych,
 - qq) współpraca z Urzędem Pracy w zakresie przygotowania zawodowego i staży,
 - rr) współpraca z organizacjami związkowymi działającymi w SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku w zakresie wynikającym z przepisów prawa pracy,
 - ss) opracowywanie projektów regulaminu pracy i wynagradzania,
 - tt) współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - uu) przygotowanie konkursów na świadczenia medyczne,
 - vv) sporządzanie umów cywilnoprawnych na świadczenia medyczne i inne czynności, prowadzenie rejestru umów cywilnoprawnych,
 - ww) sprawdzanie pod względem merytorycznym rachunków za czynności wykonane w ramach umów cywilnoprawnych,
 - xx) prowadzenie spraw
3. Dział Kadr i Płac posiada archiwum, w którym gromadzona jest dokumentacja pracowników po zwolnieniu z pracy oraz inne dokumenty dotyczące pracy Działu (ostatecznie załatwione i wymagające archiwizacji).

36. Dział Organizacyjny

1. Dział Organizacyjny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Działem kieruje kierownik, który odpowiada za całokształt pracy i funkcjonowanie działu.
3. Kierownik Działu Organizacyjnego kieruje Działem Statystyki Medycznej i Kontraktowania, którego zakres odpowiedzialności jest odrębnie uregulowany.
4. Do zadań Działu Organizacyjnego należy:

- a) organizowanie prawidłowego przepływu informacji zewnętrznych i wewnętrznych we współpracy z Działem Informatyki-Szpitalnej,
- b) współudział w opracowywaniu regulaminów komórek organizacyjnych Szpitala,
- c) współudział w opracowywaniu zarządzeń Dyrektora oraz wytycznych do pracy dla komórek organizacyjnych Szpitala,
- d) przygotowywanie projektów zmian w Statucie Szpitala,
- e) czuwanie nad aktualizacją zmian w rejestrach Wojewody, KRS itp.
- f) przygotowywanie spotkań Rady Społecznej i ich obsługa,
- g) stwierdzanie zgodności treści zamawianych pieczęci firmowych z obowiązującą strukturą organizacyjną,
- h) udział w wyjaśnianiu okoliczności zaistniałych sytuacji konfliktowych lub spornych,
- i) współpraca z innymi komórkami Szpitala,
- j) organizowanie oraz ewidencjonowanie specjalizacji i szkoleń podyplomowych,
- k) współudział w procesie specjalizacji oraz szkoleń podyplomowych pracowników medycznych,
- l) organizowanie praktyk studenckich,
- m) udział w organizowaniu szkoleń na bazie Szpitala,
- n) prowadzenie w części obsługi zakupu i sprzedaży świadczeń zdrowotnych,
- o) przygotowywanie i prowadzenie konkursów ofert dotyczących zakupu procedur medycznych,
- p) przygotowanie oferty sprzedaży w konkursach i przetargach realizowanych przez inne zakłady,
- q) przeprowadzanie okresowych kontroli poprawności realizacji sprzedaży zgodnie z zawartymi umowami,
- r) konstruowanie projektów zapisów umów i aneksów we współpracy z Referatem Prawnym,
- s) realizowanie dobrze pojętej, zgodnej z przepisami reklamy usług Szpitala w możliwy dostępny sposób oraz materiałów promujących Szpital,
- t) prowadzenie i nadzór nad archiwum medycznym, w tym udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z odrębnymi przepisami,
- u) wykreślono,
- v) wykreślono,
- w) wykreślono,
- x) wykreślono,
- y) wykreślono,
- z) wykreślono,
- aa) prowadzenie kontroli zgodności faktur w zakresie zgodności z warunkami zawartych umów lub wystosowywanych wniosków.
- bb) wykreślono,
- cc) wykreślono,
- dd) wykreślono,
- ee) merytoryczne prowadzenie strony internetowej BIP (Biuletyn Informacji Publicznej) we współpracy z Działem Informatyki Szpitalnej, który odpowiada za obsługę techniczną tej strony internetowej.

37. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia

1. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
2. Działem kieruje kierownik, który odpowiada za funkcjonowanie i całokształt pracy Działu.
3. Do podstawowych zadań Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia należy:
 - a) realizacja zadań przewidzianych dla pracowników działu w aktualnie obowiązującym zarządzeniu Dyrektora w sprawie zasad udzielania zamówień, w oparciu o aktualne brzmienie ustawy – Prawo zamówień publicznych, w tym szczegółowe zadania wymienione poniżej,
 - b) planowanie i dokonywanie zakupów zgodnie z przepisami ustawy o zamówieniach publicznych, w celu zapewnienie ciągłości dostaw celem sprawnego funkcjonowania Szpitala w zakresie:
 - 1) zaopatrzenia Szpitala w materiały i wyroby biurowe, materiały eksploatacyjne do urządzeń biurowych, druków, prenumeraty, środki czystości, odzież roboczą, pościel, artykuły gospodarcze, materiały techniczne, wodę mineralną, odczynniki i preparaty chemiczne oraz w paliwa, itp.,

- 2) generowanie zamówień do zewnętrznych wykonawców w zakresie części aparatury medycznej na podstawie na podstawie wcześniej zaakceptowanych wniosków i zawartych umów przez Dział Sprzętu i Aparatury Medycznej,
 - 3) prowadzenie ewidencji globalnych dostaw i sporządzanie planu zaopatrzenia Szpitala,
 - 4) prowadzenie stosownej procedury wymaganej przy określonego rodzaju zakupach,
 - 5) prowadzenie stosownej dokumentacji dotyczącej odbioru towarów, przestrzeganie przepisów i procedur przewidzianych w ustawie o zamówieniach publicznych, prowadzenie rejestru umów dotyczących zakupów,
 - 6) zapewnienie odpowiedniej jakości dostarczanego asortymentu,
 - 7) analiza rynku w tym zakresie,
 - 8) przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie towarów zgodnie z dokumentacją,
 - 9) nadawanie indeksów materiałowych, rejestrowanie towarów w systemie komputerowym,
 - 10) zabezpieczanie pomieszczeń magazynowych przed kradzieżą, pożarem oraz utrzymanie w nich odpowiedniego stanu sanitarno - higienicznego,
 - 11) monitorowanie wykorzystania limitów materiałowych przez jednostki organizacyjne Szpitala w oparciu o wydane Zarządzenia w tym zakresie,
 - c) opiniowanie wniosków o uruchomienie procedury zamówienia publicznego, uruchomienie zamówienia udzielanego poza ustawą i analogicznych,
 - d) prowadzenie rejestru zamówień publicznych,
 - e) współpraca z komisjami przetargowymi lub osobami prowadzącymi postępowanie (w przypadku niepowoływania komisji przetargowej), udział w prowadzonych procedurach zamówień publicznych w zakresie formalnym, w tym także czynności niżej wymienione,
 - f) opracowywanie formalnej strony specyfikacji istotnych warunków zamówienia na dostawy, usługi i roboty budowlane na podstawie materiałów merytorycznych dostarczanych przez kierowników działów lub członków komisji przetargowych,
 - g) przygotowywanie pism, ogłoszeń, zawiadomień kierowanych do wykonawców i Urzędu Zamówień Publicznych – związanych z udzielaniem zamówień publicznych,
 - h) prowadzenie dokumentacji związanej z procedurami udzielania zamówień publicznych, opracowywanie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (wraz z wszystkimi załącznikami) w zakresie przewidzianym w zarządzeniu, o którym mowa w punkcie 1,
 - i) obsługa biurowa procedur udzielania zamówień publicznych, udzielanie informacji związanych z procedurą zamówienia – w zakresie otrzymanych upoważnień,
 - j) opracowywanie sprawozdań w zakresie zamówień publicznych, przewidzianych w obowiązujących przepisach.
- 12) prowadzenie gospodarki materiałowej i magazynowej Szpitala.

38. Inspektor ds. Obronnych

1. Inspektor ds. Obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Inspektora d/s Obronnych należy:
 - a) planowanie przedsięwzięć w sprawach obronnych na okres pokoju, w warunkach zewnętrznego zagrożenia państwa w czasie wojny,
 - b) określenie zadań do realizacji przez wewnętrzne komórki organizacyjne w zakresie obronności na okres zagrożenia i wojny, sytuacji kryzysowych oraz nadzór nad ich realizacją,
 - c) organizowanie szkoleń oraz sporządzanie i aktualizowanie dokumentacji w zakresie spraw obronnych, wynikające z ustaw,
 - d) uczestniczenie w ćwiczeniach oraz szkoleniach obronnych, organizowanych przez organy administracji rządowej, samorządowej i sił zbrojnych,
 - e) realizacja zadań zapisanych w rozporządzeniu RM w sprawie gotowości obronnej państwa,
 - f) zapewnienie właściwego opracowania, ewidencjonowania i przechowywania dokumentacji o charakterze planistyczno-obronnym,
 - g) współpraca z kierownikiem jednostki organizacyjnej w zakresie koordynacji przygotowań prac obronnych,

- h) wykonywanie zadań obronnych wynikających z przepisów Ustawy z dnia 21 listopada 1967r., o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i ustaw towarzyszących,
- i) prowadzenie spraw związanych z obronnością we współpracy z administracją publiczną i instytucjami odpowiedzialnymi za jej tworzenie,
- j) koordynowanie i realizacja zadań prewencyjnych dotyczących zagrożeń związanych z powodzią, huraganem, suszą, katastrofą komunikacyjną, awarią techniczną mediów (gaz, elektryczność, woda), epidemią, terroryzmem,
- k) weryfikacja i uzgadnianie planów przygotowań podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie na potrzeby obronne państwa,
- l) opracowanie i aktualizacja planu przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie na potrzeby obronne państwa,
- m) realizacja czynności związanych z reklamowaniem pracowników jednostki org. Od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w czasie mobilizacji i w czasie wojny,
- n) realizacja przedsięwzięć związanych z przygotowaniem propozycji wyróżnień pracowników jednostki organizacyjnej realizujących zadania obronne medalem „za zasługi dla obronności kraju.”

39. Inspektorat BHP i Inspektorat ds. Ochrony p. poż.

1. Inspektorat BHP i Inspektorat ds. Ochrony p.poż podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Inspektoratu BHP i Inspektoratu ds. Ochrony p. poż. należy:
 - a) sporządzanie i przedkładanie Dyrektorowi okresowych analiz stanu BHP i p/ poż. zawierających propozycje zmian oraz działań technicznych i organizacyjnych mających na celu poprawę warunków pracy oraz zabezpieczenia p.poż. Szpitala,
 - b) kontrola zapewnienia prawidłowych warunków pracy oraz przestrzegania przez Kierowników i pracowników zasad i przepisów bhp i p.poż.,
 - c) doradztwo w zakresie obowiązujących zasad i przepisów bhp i p.poż.,
 - d) udział w opracowywaniu ogólnych wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji dot. bhp i p.poż.,
 - e) opiniowanie przed zatwierdzeniem przez Dyrektora szczegółowych instrukcji dot. bhp i p.poż. na poszczególnych stanowiskach pracy,
 - f) udział w komisjach opracowujących projekty modernizacyjne i adaptacyjne w zakresie rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bhp i p.poż.,
 - g) udział w komisyjnych odbiorach nowobudowanych, przebudowywanych i remontowanych budynków, instalacji i urządzeń technicznych w zakresie spełniania norm bhp i p.poż.,
 - h) zgłaszanie wniosków i uwag do Dyrektora oraz poszczególnych kierowników w zakresie bhp i p.poż. wynikłych w trakcie kontroli poszczególnych działów i stanowisk pracy , oraz prowadzonych pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych,
 - i) udział w dochodzeniach powypadkowych i pożarowych, prowadzenie rejestrów,
 - j) kompletowanie i przechowywanie dokumentacji dot. wypadków przy pracy, chorób zawodowych, pożarów oraz wypadków w drodze do pracy i z pracy do domu,
 - k) opracowywanie wniosków i analiz wynikłych z wypadków przy pracy, chorób zawodowych, pożarów oraz kontrola realizacji poleceń i decyzji wydanych przez Dyrektora Szpitala,
 - l) współpraca z władzami sanitarnymi, Ośrodkiem Medycyny Pracy oraz kierownikami działów w zakresie organizowania badań czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na stanowiskach pracy oraz prowadzenie działalności profilaktycznej,
 - m) współpraca z państwowymi i społecznymi organami nadzoru nad warunkami pracy,
 - n) inicjowanie i propagowanie różnych form popularyzacji zadań dot. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony p.poż.,
 - o) współpraca z Kierownikiem Działu Kadr i Płac i innymi kierownikami w zakresie prowadzenia szkoleń bhp i p.poż.,
 - p) udział w komisjach zakładowych oceniających stan bhp i p.poż., prawo pracy, organizację pracy, itp.,

- q) udział w ustalaniu poszczególnych zadań z zakresu bhp i p.poż. dla pracowników zajmujących stanowiska kierownicze oraz ocena spełniania przez nich wynikłych stąd obowiązków,
- r) występowanie do Dyrektora Szpitala z wnioskami o nagradzanie lub karanie pracowników w odniesieniu do realizacji przez nich obowiązków wynikających z zasad i przepisów bhp i p.poż., poleceń Dyrektora, zakresów czynności, instrukcji.

40. Referat Prawny

1. Referat Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Komórka zabezpiecza obsługę prawną Szpitala poprzez:
 - 1) przygotowywanie opinii prawnych,
 - 2) informowanie o zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działania Szpitala, w formie komunikatów prawnych,
 - 3) informowanie o uchybieniach w działalności w zakresie przestrzegania prawa i skutkach tych uchybień,
 - 4) sprawowanie nadzoru prawnego nad egzekucją należności,
 - 5) sprawowanie zastępstwa procesowego przed sądami powszechnymi i sądem administracyjnym.
- 6) opiniowanie i parafowanie:
 - a) wydawanych aktów o charakterze ogólnym,
 - b) spraw indywidualnych skomplikowanych pod względem prawnym,
 - c) umów na roboty i usługi, zawartych umów wieloletnich i nietypowych
 - d) wniosków o rozwiązanie z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
 - e) odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
 - f) należności spisywanych na straty,
 - g) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi,
 - h) ugody w sprawach majątkowych,
 - i) umorzenia wierzytelności.

41. Dział Audytu i Kontroli

1. Dział Audytu i Kontroli podlega bezpośrednio Dyrektorowi SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku.
2. Podstawowym celem audytu wewnętrznej jest sprawdzanie działania, doboru środków i wykonania zadań, a w konsekwencji zmiana (korekta) działań uznanych za niewłaściwe w oparciu o roczny plan audytu (kontroli wewnętrznej) opracowywany na podstawie propozycji zgłaszanych przez Dyrektora, Zastępców Dyrektora oraz Głównego Księgowego.
3. Audyt wewnętrzny powinien być przeprowadzany z uwzględnieniem kryterium legalności, rzetelności, gospodarności, celowości i sprawności organizacyjnej działań.
4. Do obowiązków pracowników Działu należy dostarczanie kierownictwu obiektywnych i profesjonalnych informacji na temat efektywności działania, przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i procedur, a także rekomendowania zadań prewencyjnych i naprawczych.
5. Zgodnie z Regulaminem Kontroli Zarządczej, Dział Audytu i Kontroli monitoruje proces realizacji celów i zadań Szpitala i przedkłada Dyrektorowi raport z monitoringu stopnia realizacji celów i zadań.
6. Dział Audytu i Kontroli przedkłada Dyrektorowi zbiorczą informację o stanie kontroli zarządczej w Szpitalu w terminie do 25 stycznia każdego roku. Zbiorcza informacja zawiera:
 - 1) Wyniki samooceny,
 - 2) Analizę wyników kontroli zewnętrznych w roku poprzednim,
 - 3) Raport z monitoringu stopnia realizacji celów i zadań,
 - 4) Raport z monitoringu ryzyka i raport z funkcjonowania systemu zarządzania ryzykiem, według odrębnych uregulowań.
7. Dział Audytu i Kontroli nadzoruje i organizuje sprawne przeprowadzenie wszystkich kontroli zewnętrznych w Szpitalu, w tym w szczególności wyznacza komórki organizacyjne merytorycznie odpowiedzialne za udzielenie informacji kontrolującym, uczestniczy w kontroli i przesyła odpowiedzi w wyznaczonych terminach
8. Dział Audytu i Kontroli wraz z pełnomocnikiem Dyrektora ds. Jakości dokonują okresowej oceny skuteczności i efektywności systemu kontroli zarządczej i prowadzi zbiorczą dokumentację z przebiegu oceny, samooceny i analizy ryzyka.

42. Rzecznik Prasowy Szpitala

1. Rzecznik Prasowy Szpitala podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych obowiązków Rzecznika Prasowego należy:
 - 1) kontakt z mediami i reprezentowanie Szpitala w mediach,
 - 2) utrzymywanie i poszerzanie efektywnych relacji z mediami,
 - 3) kształtowanie pozytywnego wizerunku Szpitala,
 - 4) bieżące informowanie Dyrektora o informacja dot. Szpitala,
 - 5) koordynowanie polityki medialnej Szpitala,
 - 6) nadzór merytoryczny nad stroną internetową Szpitala we współpracy z Działem Informatyki.

43. Dział Statystyki Medycznej oraz Kontraktowania

1. Działem Statystyki Medycznej i Kontraktowania kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi. W ramach działu tworzy się sekcje, którymi kieruje bezpośrednio Kierownik przy udziale koordynatora(ów).
2. Do zadań Działu Statystyki Medycznej i Kontraktowania należy:
 - a) opracowywanie ofert sprzedaży do płatnika świadczeń zdrowotnych (finansowanych ze środków publicznych) dotyczących zawieranych kontraktów o udzielanie świadczeń zdrowotnych i programów ministerialnych,
 - b) monitorowanie realizacji zawartych kontraktów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - c) wnioskowanie o zmiany w obowiązującym kontrakcie w zakresie ilości i wartości świadczeń w zależności od sposobu możliwości jego realizacji,
 - d) kontrolowanie realizacji kontraktu w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala oraz wdrażanie wniosków z tych kontroli,
 - e) rozliczanie, fakturowanie i kontrolowanie sprzedaży świadczeń zdrowotnych,
 - f) analiza i nadzór nad prawidłową realizacją umów z NFZ,
 - g) prowadzenie ewidencji w zakresie rozliczania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia,
 - h) monitorowanie aktualności systemu informatycznego do rozliczania świadczeń zdrowotnych,
 - i) monitorowanie zmian w przepisach i ich wdrażanie oraz przekazywanie odpowiednim komórkom na terenie Szpitala,
 - j) prowadzenie szkoleń dla personelu Szpitala w zakresie zmian w wymogach dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych,
 - k) obsługa Portalu Świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji świadczeń, posiadanego sprzętu medycznego i zatrudnianego personelu,
 - l) prowadzenie korespondencji z płatnikiem świadczeń zdrowotnych,
 - m) zabezpieczenie w recepty i inne druki niezbędne do ciągłości pracy Szpitala,
 - n) przygotowywanie zbiorczej sprawozdawczości z zakresu kolejek oczekujących,
 - o) prowadzenie ruchu chorych w obowiązującym systemie informatycznym,
 - p) sporządzanie sprawozdań wynikających z zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - q) przysyłanie danych statystycznych (kart statystycznych) do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego,
 - r) sporządzanie sprawozdań do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Głównego Urzędu Statystycznego oraz danych statystycznych dla potrzeb Szpitala z zakresu realizacji świadczeń zdrowotnych,
 - s) sprawdzanie dostarczanej do Działu dokumentacji medycznej pod względem kompletności historii choroby lub karty noworodka,
 - t) przekazywanie dokumentacji, o której mowa w pkt s. do archiwum Szpitala.
3. Dział realizując swoje zadania współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

44. Pełnomocnik ds. Praw Pacjentów.

1. Czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta i współpraca w tym zakresie z pozostałymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Upowszechnianie wśród personelu Szpitala oraz pacjentów postanowień zawartych w aktualnie

- obowiązujących przepisach dot. praw pacjenta.
3. Prowadzenie rejestru skarg i wniosków pacjentów oraz współdziałanie w procedurze udzielania odpowiedzi na pytania i skargi pacjentów.
 4. Współpraca z organizacjami rządowymi i pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjentów.

45. Inspektor Ochrony Danych (IOD)

Inspektor Ochrony Danych (IOD) jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo danych osobowych przetwarzanych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku zgodnie z odrębnymi przepisami.

46. Dział Kosztów i Analiz

1. Dział Kosztów i Analiz podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych. Działem kieruje kierownik.
2. Do zadań Działu należy:
 - a) przygotowanie informacji niezbędnych do zarządzania Szpitalem poprzez gromadzenie, opracowanie, przetwarzanie danych oraz analizę otrzymanych informacji,
 - b) dostarczanie informacji ekonomicznych umożliwiających planowanie i kontrolowanie efektywnego wykorzystania zasobów,
 - c) analiza działalności Szpitala w celu oceny jego sytuacji ekonomiczno- finansowej,
 - d) wspomaganie w podejmowaniu racjonalnych decyzji ekonomicznych, dostarczanie informacji o charakterze finansowym i niefinansowym, przekazywanie informacji do komórek organizacyjnych Szpitala,
 - e) prowadzenie wieloprofilowego rachunku kosztów,
 - f) sporządzanie sprawozdań i analiz ekonomicznych, a w szczególności:
 - 1) analizy kosztów całkowitych, przebiegu zmienności kosztów,
 - 2) analizy prognozy rentowności, wyników finansowych, oceny sytuacji gospodarczej i finansowej wg normy porównań wskaźnikowych,
 - 3) kalkulacja ceny sprzedaży, określenie poziomu opłacalności usług, analizy jednostkowych kosztów własnych,
 - 4) analizy kosztów pracy,
 - 5) analizy struktury asortymentowej wykonywanych świadczeń,
 - 6) analizy wyników finansowych,
 - 7) analiza liczby i kosztów procedur medycznych wykonywanych w ośrodkach działalności podstawowej, pomocniczej.
 - g) opracowywanie listy i rankingu kluczowych wykonawców,
 - h) współdziałanie w przygotowaniu planu finansowego na dany rok, oraz miesięcznych sprawozdań z wykonania tego planu,
 - i) sporządzanie analiz kosztów i przychodów dla poszczególnych ośrodków powstawania kosztów,
 - j) wycena procedur medycznych oraz analiz kosztów jednostkowych poszczególnych komórek,
 - k) przygotowywanie okresowych sprawozdań finansowych oraz wniosków w zakresie analiz finansowych wg potrzeb.

47. Dział Administracyjno – Gospodarczy

1. Działem kieruje kierownik, podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.
2. Do zadań Działu Administracyjno – Gospodarczego należy:
 - a) administrowanie obiektami szpitalnymi:
 - 1) racjonalne gospodarowanie pomieszczeniami,
 - 2) planowanie i zgłaszanie potrzeb inwestycyjnych oraz remontów,
 - 3) dbałość o estetykę terenów zewnętrznych,
 - 4) prowadzenie prawidłowej wizualizacji obiektu, w tym aktualizacja informacji zewnętrznej w zakresie m.in. numerów pomieszczeń, nazw użytkowników itp.
 - 5) gospodarka kluczami,

- b) administrowanie majątkowymi składnikami Szpitala oraz prowadzenie obowiązującej w tym zakresie dokumentacji:
 - 1) prowadzenie Ksiąg inwentarzowych i wszelkiej dokumentacji z tym związanej,
 - 2) sygnowanie inwentarza, kontrola zgodności stanu inwentarza z Księgami inwentarzowymi komórek organizacyjnych, prowadzenie procedur związanych z kasacją przedmiotów zużytych,
 - 3) prowadzenie archiwum dowodów księgowych,
 - 4) prowadzenie magazynu przejściowego rzeczy ruchomych, zbędnych w komórkach organizacyjnych Szpitala, na stanie których się znajdują,
 - 5) organizowanie, przygotowywanie i prowadzenie postępowań w ramach Uchwały Zarządu Województwa Śląskiego zakresie wolnych powierzchni oraz sprzedaży/kasacji ruchomości,
 - 6) opracowanie planów finansowych oraz potrzeb rzeczowych w zakresie środków trwałych i wyposażenia Szpitala,
- c) przyjmowanie zapotrzebowań od poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala i zlecenie na zewnątrz usług w zakresie usług:
 - 1) wykonania pieczętek,
 - 2) usług tapicerowania,
 - 3) dorabiania kluczy,
 - 4) wzorcowania termohigrometrów,
 - 5) ksera wielkoformatowego,
 - 6) wizualizacji obiektu,
 - 7) utylizacji dokumentacji,
 - 8) utrzymania terenów zielonych,
 - 9) dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji,
 - 10) kremacji dzieci martwo urodzonych,
 - 11) oznakowania poziomego i pionowego dróg,
 - 12) napraw sprzętu gospodarczego oraz sprzętu AGD/RTV,
- d) zapewnienie obsługi parkingów szpitalnych we współpracy z Działem Organizacyjnym,
- e) w przypadku outsourcingu niżej wymienionych usług - organizowanie, przygotowywanie we współdziałaniu osób merytorycznie odpowiedzialnych w niżej wymienionych zakresach i prowadzenie postępowań o udzielanie zamówień publicznych w zakresie:
 - 1) kompleksowej usługi pralniczej,
 - 2) usługi gastronomicznej w zakresie przygotowywania i dystrybucji posiłków,
 - 3) usług w zakresie ubezpieczenia OC, majątku i komunikacyjne,
 - 4) usług odbioru odpadów niebezpiecznych i komunalnych,
- f) gospodarka odpadami,
- g) gospodarka bielizną szpitalną,
- h) sprawozdawczość w zakresie m.in. ilości wytworzonych przez Szpital odpadów niebezpiecznych, naliczania opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska, uzupełniania i zgłaszania zmian dotyczących pozwolenia na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych, poboru wody podziemnej ze studni głębinowej, deklaracji gospodarowania odpadami komunalnymi, gospodarowania wodą, kosztów bieżących poniesionych na ochronę środowiska, raportów o emisjach gazów cieplarnianych i innych substancji w Krajowym Ośrodku Bilansowania i Zarządzania Emisjami,
- i) kontrola realizacji umów w zakresie działań administracyjno-gospodarczych,
- j) wykonywanie zadań dodatkowych zleconych przez Dyrektora Szpitala,
- k) zapewnienie transportu wewnątrzszpitalnego.

48. Dział Informatyki Szpitalnej

- 1. Działem kieruje kierownik, podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.
- 2. Do zadań Działu Informatyki Szpitalnej należy:
 - a) planowanie, organizowanie i nadzorowanie działalności szpitala w zakresie informatyki szpitalnej,
 - b) administrowanie systemami informatycznymi wspomagającymi zarządzanie Szpitalem,

- c) administrowanie centralą telefoniczną szpitala i urządzeniami telekomunikacyjnymi (aparatai telefonicznymi, faxami itp.),
- d) nadzorowanie umów z operatorami telekomunikacyjnymi i instytucjami zarządzającymi w zakresie łączności stacjonarnej, komórkowej i radiowej,
- e) odpowiedzialność za bezpieczeństwo Systemu Przetwarzania Danych, administracja systemami zabezpieczeń dostępu do sieci lokalnej oraz dostępu z i do internetu,
- f) administrowanie serwerami pocztowymi i stronami internetowymi szpitala,
- g) pilotowanie i prowadzenie prac rozwojowych związanych z komputeryzacją szpitala,
- h) koordynacja zadań związanych z komputeryzacją stanowisk pracy w Szpitalu,
- i) nadzór nad wdrażaniem i eksploatacją oprogramowania komputerowego i sieci lokalnej szpitala,
- j) wykonywanie we własnym zakresie konserwacji, pogwarancyjnych remontów lub napraw sprzętu komputerowego niewymagających użycia specjalistycznego oprzyrządowania,
- k) zlecanie do wyspecjalizowanych jednostek serwisowych konserwacji, remontów i napraw sprzętu komputerowego objętego odpowiednimi umowami gwarancyjnymi lub wymagających użycia specjalistycznego oprzyrządowania oraz kontrola ich wykonania,
- l) wybór wykonawców zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych, nadzór nad prawidłową realizacją wszelkich specjalistycznych usług technicznych,
- m) współdziałanie w szkoleniu personelu medycznego w obsłudze sprzętu komputerowego i oprogramowania,
- n) należyte prowadzenie dokumentacji związanej ze sprzętem komputerowym, oprogramowaniem i siecią lokalną,
- o) współdziałanie z kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie efektywnego wykorzystania wdrażanych lub posiadanych systemów oraz prawidłowej eksploatacji sprzętu komputerowego,
- p) prowadzenie zapotrzebowania na części zamienne i materiały techniczne niezbędne do zapewnienia ciągłości pracy sprzętu komputerowego,
- q) pomoc w przygotowaniu zapotrzebowania na materiały eksploatacyjne do drukarek i kopiarek,
- r) prowadzenie podręcznego magazynu części zamiennych,
- s) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala,
- t) wdrożenie, nadzór i koordynacja procesu wdrażania, w tym ścisła współpraca z osobami biorącymi udział w realizacji poszczególnych projektów, nowych systemów oprogramowania lub nowych technologii w Szpitalu w tym w szczególności prowadzonych w ramach projektu „eCareMed – elektroniczna dokumentacja medyczna oraz e-usługi w celu wsparcia procesów akredytacyjnych w SP ZOZ WSS nr 3 w Rybniku,
- u) organizacja szkoleń wewnętrznych w zakresie wdrażania nowych systemów lub technologii.

49. Główny Księgowy

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych.
2. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - a) stałe referowanie Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Administracyjnych spraw z zakresu swojego działania oraz bezzwłoczne zawiadamianie o dostrzeżonych brakach i niedociągnięciach,
 - b) prowadzenie rachunkowości jednostki,
 - c) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - d) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym oraz kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - e) uczestniczenie w przygotowaniu planu finansowego,
 - f) uczestniczenie w przygotowaniu raportów o sytuacji ekonomiczno - finansowej,
 - g) organizacja systemu wewnętrznej informacji finansowej,
 - h) prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami Dyrektora oraz obowiązującymi zasadami i przepisami prawa,
 - i) organizowanie pracy podległych działów, instruowanie ich i szkolenie,

- j) kontrola realizacji ustalonych zasad niezbędnych do zapewnienia prawidłowej gospodarki finansowej, księgowości i sprawozdawczości finansowej.
- 3. W celu realizacji swoich zadań Główny Księgowy ma prawo:
 - a) żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych jednostki udzielania w formie ustnej lub pisemnej niezbędnych informacji i wyjaśnień, jak również udostępnienia do wglądu dokumentów i wycieczek będących źródłem tych informacji i wyjaśnień
 - b) wnioskować do kierownika jednostki o określenie trybu, zgodnie z którym mają być wykonywane przez inne komórki organizacyjne jednostki prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej.

50. Dział Finansowo – Księgowy

- 1. Dział podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu Szpitala.
- 2. Do podstawowych zadań tego Działu należy:
 - a) prowadzenie księgowości Szpitala na podstawie obowiązujących zasad rachunkowości poprzez bieżącą rejestrację operacji gospodarczych w sposób prawidłowy, kompletny i systematyczny,
 - b) prowadzenie ewidencji syntetycznej i analitycznej kosztów w układzie rodzajowym jak i wg ośrodków ich powstawania,
 - c) prowadzenie ewidencji w zakresie płac oraz rozrachunków publiczno-prawnych,
 - d) prowadzenie ewidencji w zakresie funkcjonowania magazynu Apteki Szpitalnej, Zaopatrzenia, Magazynu Opału i magazynków przyoddziałowych,
 - e) prowadzenie ewidencji w zakresie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz wadi,
 - f) kontrola formalno-rachunkowa dokumentów obcych i własnych zewnętrznych,
 - g) kontrola rozliczeń delegacji służbowych oraz zaliczek pracowniczych,
 - h) prowadzenie gospodarki finansowej poprzez koordynowanie płatności, tj. planowanie wpływów środków pieniężnych oraz zarządzanie tymi środkami,
 - i) prowadzenie bankowej i kasowej obsługi Szpitala,
 - j) inwentaryzacja należności, windykacja, dochodzenie roszczeń spornych,
 - k) prowadzenie rozliczeń z Urzędem Skarbowym w zakresie podatku VAT oraz podatku dochodowego od osób prawnych,
 - l) prowadzenie rozliczeń z PFRON,
 - m) sporządzanie stosownej sprawozdawczości dotyczącej zakresu działania Działu, w tym sprawozdawczości GUS,
 - n) prowadzenie archiwum dowodów księgowych.

50. wykreślony

51. Dział Sprzętu i Aparatury Medycznej

- 1. Dział Sprzętu i Aparatury Medycznej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych. Działem kieruje kierownik.
- 2. Dział Sprzętu i Aparatury Medycznej zajmuje się zapewnieniem technicznej sprawności sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie komórek organizacyjnych Szpitala.
- 3. Dział Sprzętu i Aparatury Medycznej powierzone zadania realizuje:
 - 1) siłami własnymi:
 - a) wykonuje prace naprawczo–konserwacyjne przeglądy techniczne i konserwacje aparatury medycznej zdefiniowanej w Ustawie o wyrobach medycznych, obowiązującym Zarządzeniu Dyrektora w sprawie wytycznych postępowania dotyczących sprzętu i aparatury medycznej Szpitala,
 - b) sprawuje nadzór techniczny nad aparaturą medyczną, wstrzymuje i dopuszcza aparaturę do używania, wycofuje aparaturę z eksploatacji,
 - c) prowadzi techniczny rejestr aparatury medycznej podlegającej opiece technicznej Działu,
 - d) opracowuje roczne plany w zakresie dot. Działu Sprzętu i Aparatury Medycznej (m.in. finansowy, zamówień publicznych, przeglądów),

- e) opracowuje we właściwych terminach sprawozdania z wykonania ww. planów w zakresie dot. Działu Sprzętu i Aparatury Medycznej,
 - f) prowadzi podręczny magazyn części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych dla urządzeń objętych opieką Działu,
 - g) prowadzi gospodarkę posiadanym w Dziale sprzętem, narzędziami i innymi materiałami, oraz dba o ich odpowiednie, zgodne z przeznaczeniem wykorzystywanie,
 - h) organizuje i nadzoruje pracę „warsztatu” Działu,
 - i) przechowuje oraz aktualizuje posiadaną i przekazywaną dokumentację związaną z dostawami aparatury medycznej (kopie umów, protokołów odbioru, protokołów instalacyjnych i kart gwarancyjnych) oraz dokumentację handlową (oferty, prospekty, katalogi, cenniki),
 - j) nadzoruje i analizuje koszty i wydatki związane z realizacją zadań działu,
 - k) uczestniczy w koordynacji prac związanych z montażem nowo zakupionej aparatury oraz dopuszczeniem jej do eksploatacji,
 - l) prowadzi depozyt aparatury i sprzętu medycznego.
- 2) poprzez współpracę z podmiotami zewnętrznymi:
- a) przygotowuje zlecenia do podmiotów zewnętrznych i serwisów firmowych producentów aparatury w zakresie usług naprawczo–konserwacyjnych, przeglądów technicznych i remontów aparatury medycznej,
 - b) przygotowuje umowy z podmiotami zewnętrznymi na przeprowadzanie usług naprawczo–konserwacyjnych, przeglądów technicznych i remontów aparatury medycznej, nadzoruje realizację umów,
 - c) prowadzi logistykę w zakresie realizacji ww. zleceń/umów,
 - d) przygotowuje umowy użyczenia z podmiotami zewnętrznymi na testowanie sprzętu i aparatury medycznej,
 - e) prowadzi logistykę w zakresie realizacji ww. umów użyczenia i nadzoruje ich realizację,
 - f) współpracuje z organami zewnętrznymi sprawującymi kontrolę lub nadzór w zakresie objętym działalnością komórki.
- 3) poprzez współpracę z pozostałymi komórkami organizacyjnymi Szpitala:
- a) prowadzi merytoryczną kontrolę dokumentów finansowo–księgowych związanych z realizacją zadań działu, dekretuje koszty wg miejsca ich powstawania,
 - b) opiniuje projekty i propozycje zakupów aparatury medycznej, wyposażenia i akcesoriów,
 - c) opiniuje projekty i propozycje testowania aparatury medycznej, wyposażenia i akcesoriów,
 - d) sporządza zapotrzebowania na części zamienne i materiały eksploatacyjne,
 - e) bierze udział w postępowaniach przetargowych.

52. Dział Techniczno - Eksploatacyjny

1. Dział Techniczno-Eksploatacyjny podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych. Działem kieruje kierownik.
2. Dział Techniczno – Eksploatacyjny prowadzi działania służące prawidłowemu zarządzaniu i gospodarowaniu nieruchomościami będącymi własnością lub w użytkowaniu SPZOZ WSS Nr 3 w Rybniku oraz eksploatację i zapewnia sprawność techniczną powierzonych mu maszyn, urządzeń i instalacji oraz zajmuje się dostawą mediów energetycznych do wszystkich obiektów w Szpitalu, w oparciu o procedury Zintegrowanego Systemu Zarządzania wdrożonych w Szpitalu.
3. W szczególności Dział Techniczno - Eksploatacyjny:
 - a) nadzoruje i kontroluje prawidłowe użytkowanie obiektów budowlanych zgodnie z ich przeznaczeniem i wymogami ochrony środowiska oraz utrzymuje w należytym stanie technicznym i estetycznym zgodnie z przepisami Ustawy Prawo Budowlane;
 - b) przeprowadza w cyklu półrocznym, jednorocznym i pięcioletnim przeglądy – kontrolę okresową stanu technicznego sprawności obiektów oraz sporządza na tę okoliczność stosowne protokoły;
 - c) sporządza i składa właściwemu organowi deklaracji z tytułu podatku od nieruchomości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - d) zarządza nieruchomościami gruntowymi i budynkowymi;

- e) prowadzi oraz archiwizuje dokumentację techniczną obiektów, infrastruktury technicznej i techniczno – ruchową urządzeń oraz sprzętu;
- f) prowadzi ksiązkę obiektów budowlanych;
- g) wnioskuje oraz przygotowuje dokumentację techniczną w wypadku likwidacji, najmu, dzierżawy lub sprzedaży nieruchomości zgodnie z ustawą o gospodarce nieruchomościami;
- h) przygotowuje założenia do planów rocznych: finansowych, inwestycyjnych i remontów;
- i) prowadzi sprawy związane z planowaniem i realizacją inwestycji;
- j) sprawuje nadzoru nad terminową realizacją całokształtu zadań inwestycyjnych, modernizacyjnych i remontowych obiektów budowlanych i infrastruktury technicznej (planowanie, nadzór, wykonawstwo, rozliczenie);
- k) opracowuje we właściwych terminach obowiązujących sprawozdań z wykonania ww. planów;
- l) prowadzi planowanie związane z opracowaniem dokumentacji projektowo-kosztorysowej na wszystkie roboty budowlane i instalacyjne;
- m) przeprowadza roczne okresowe analizy realizacji planów inwestycyjnych, remontów i modernizacji;
- n) sprawdza i opiniuje projekty inwestycji, remontów i modernizacji;
- o) organizuje i uczestniczy w komisjach odbioru robót i oddania do użytku budynków i budowli;
- p) sprawdza wszystkie faktury wykonawców inwestycji, remontów i modernizacji pod względem merytorycznym i rachunkowym w zakresie robót budowlanych i instalacyjnych;
- q) bada rynki usług i materiałów budowlanych oraz nowoczesnych technologii służących prawidłowemu zarządzaniu i gospodarowaniu nieruchomościami SP ZOZ WSS Nr 3.
- r) planuje, organizuje i nadzoruje działalność szpitala w zakresie gospodarki energetycznej,
- s) dostarcza media energetyczne do obiektów szpitalnych jak również do odbiorców zewnętrznych, dla których prowadzona jest sprzedaż,
- t) dokonuje analiz ekonomicznych gospodarki energetycznej i paliwowej,
- u) nadzoruje i analizuje koszty i wydatki związane z realizacją zadań Działu,
- v) planuje, organizuje i nadzoruje działalność Szpitala w zakresie gospodarki konserwacyjnej oraz dokonuje analiz ekonomicznych tej działalności,
- w) organizuje działalność konserwacyjną, przeciwawaryjną oraz mającą na celu ograniczenie do minimum skutków awarii,
- x) organizuje i nadzoruje pracę Warsztatu,
- y) prowadzi należytą gospodarkę posiadanym sprzętem, narzędziami i innymi materiałami, a zwłaszcza zapobiega ich zniszczeniu, uszkodzeniu i zagubieniu,
- z) prowadzi podręczny magazyn technicznych części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych na potrzeby pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala.
- aa) współpracuje z organami zewnętrznymi sprawującymi kontrolę lub nadzór w zakresie objętym działalnością komórki, w tym z Państwową Strażą Pożarną, Urzędem Dozoru Technicznego, Urzędem Regulacji Energetyki, Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, Powiatowym Inspektorem Nadzoru Budowlanego i innymi,
- bb) współuczestniczy w wyborze firm do realizacji specjalistycznych usług technicznych, przygotowuje zlecenia, koordynuje ich pracę, czuwa nad prawidłową realizacją umów,
- cc) analizuje nowe technologie, dokonuje okresowych ocen usługodawców,
- dd) prowadzi merytoryczną kontrolę dokumentów finansowo-księgowych związanych z realizacją zadań Działu, dekretuje koszty wg miejsca ich powstawania,
- ee) wystawia faktury za zużyte media energetyczne podmiotom zewnętrznym.

53. Sekcja ds. Lecznictwa

1. Sekcja ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, który kieruje jej pracami.
2. Zakres działań i odpowiedzialności.
 - a) współdziałanie ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Szpitala.
 - b) monitorowanie, opracowywanie i wdrażanie standardów udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o nowelizowane Akty prawne i Orzeczenia Sądowe.

- c) opracowanie możliwych do wdrożenia standardów udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o wypracowane dotychczas metody stosowane w Szpitalu, a mające pozytywny wpływ na jakość wykonywania świadczeń zdrowotnych.
- d) uczestniczenie w sprawach związanych z opracowywaniem i wdrażaniem procedur i standardów akredytacyjnych dotyczących leczenia określonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
- e) organizowanie spotkań, uczestniczenie i protokołowanie spraw dotyczących Zespołów/Komitetów zadaniowo – tematycznych powołanych Zarządzeniem Dyrektora.
- f) monitorowanie wskaźników jakości, w tym udział merytoryczny w badaniach dotyczących jakości prowadzonych usług medycznych w Działach i Oddziałach Szpitala / badaniach satysfakcji pacjenta.
- g) monitorowanie zdarzeń niepożądanych.
- h) monitorowanie zastosowania przymusu bezpośredniego na podstawie art.18 ust.6 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- i) monitorowanie oceny potencjału dawstwa.
- j) analiza wyników monitorowania.
- k) przedstawianie kadrze kierowniczej wyników monitorowania.
- l) ścisła współpraca z Dyrekcją Szpitala.
- m) ścisła współpraca z kierownictwem oddziałów, działów w zakresie monitorowania i doskonalenia jakości.
- n) współpraca z kadrą kierowniczą w zakresie szkoleń na rzecz jakości usług medycznych,
- o) dbałość o prawidłowy przebieg korespondencji związanej z działalnością Sekcji ds. Lecznictwa.
- p) prowadzenie dokumentacji merytorycznej z zebrań Ordynatorów.
- q) informowanie Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa o nowych możliwościach osiągnięcia celów i realizacji zadań na podstawie nowelizacji ustaw.
- r) wykorzystywanie posiadanych kwalifikacji zgodnie z interesem Szpitala i normami prawa, jako formy poprawy skuteczności leczenia i jakości życia pacjentów.

54. Inspektor Ochrony Radiologicznej

1. Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:
 - a) dokonywanie okresowych i bieżących kontroli w komórkach organizacyjnych Szpitala wykorzystujących źródła promieniowania jonizującego,
 - b) wydawanie opinii i doraźnych zaleceń w sprawach dotyczących ochrony radiologicznej,
 - c) branie udziału w kontrolach przeprowadzanych przez Oddział Badań Oraz Nadzoru Higieny Radiacyjnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej,
 - d) kompletowanie i aktualizacja informacji i przepisów dotyczące zarządzania jakością obrazowania rentgenowskiego i ochrony radiologicznej,
 - e) przygotowywanie projektów aktów wewnętrznych regulujących kwestie zarządzania jakością obrazowania rentgenowskiego i ochrony radiologicznej,
 - f) przygotowywanie do zatwierdzenia przez Dyrektora korespondencji dotyczącej ochrony radiologicznej, w szczególności wnioski o zezwolenie na działalność polegającą na uruchamianiu i stosowaniu urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące oraz uruchamianiu pracowni, w których mają być stosowane źródła promieniowania jonizującego,
 - g) branie udziału w ustalaniu założeń projektowych nowych lub remontowanych obiektów lub pomieszczeń, w których przewidywane jest instalowanie źródeł promieniowania jonizującego,
 - h) realizowanie zadań zmierzających do zapewnienia prawidłowego działania urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące oraz aparatury wykorzystywanej w procesie diagnostyki obrazowej w zakresie ochrony radiologicznej i zapewnienia jakości obrazowania,
 - i) prowadzenie ewidencji indywidualnych dawek promieniowania jonizującego otrzymywanych przez pracowników Szpitala oraz pracowników zewnętrznych objętych taką ewidencją,
 - j) na podstawie danych (ewidencji indywidualnych dawek) przygotowuje dla Dyrektora propozycję

- w zakresie zakwalifikowania pracowników do właściwej kategorii narażenia, ewentualnego wyznaczenia terenów kontrolowanych i nadzorowanych,
- k) współpraca z inspektorem BHP oraz lekarzem medycyny pracy w zakresie badań pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące, w zakresie szkoleń ochrony radiologicznej,
 - l) współpraca z Działem Sprzętu i Aparatury Medycznej w zakresie utrzymania sprawności, przeglądów okresowych, napraw i konserwacji urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące oraz aparatury wykorzystywanej w procesie diagnostyki obrazowej,
 - m) wnioskowanie o przeprowadzenie czynności niezbędnych do spełnienia wymagań dotyczących wyposażenia w urządzenia radiologiczne, wyposażenia pomocniczego oraz kwalifikacji personelu, a także zakresu dokumentacji wymaganej odrębnymi przepisami (Prawo Atomowe),
 - n) branie udziału w klinicznych audytach wewnętrznych,
 - o) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony radiologicznej i zapewnienia jakości obrazowania,
 - p) okresowo informuje przełożonego o stanie realizacji zadań pełnionej funkcji.

55. Kapelan Szpitalny

Do obowiązków Kapelana Szpitalnego należy:

1. zapewnienie chorym przebywającym w szpitalu potrzeb religijnych,
2. sprawowanie sakramentu pokuty w kaplicy szpitalnej i salach chorych,
3. odprawianie nabożeństw,
4. udzielanie Komunii Św. chorym w salach chorych,
5. pociecha duchowa dla ludzi opuszczonych i samotnych,
6. pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebu osób samotnych.

56. Dział Higieny Szpitalnej.

1. Działem Higieny Szpitalnej kieruje koordynator, który podlega bezpośrednio Naczelnaj Pielęgniarsce.
2. W skład Działu Higieny Szpitalnej wchodzi:
 - a) utrzymanie czystości Szpitala (sprzątnie),
 - b) *wykreślony*
 - c) pomoc w opiece szpitalnej.
3. Dział Higieny Szpitalnej wykonuje usługi w zakresie utrzymania czystości (sprzątnie), pomagania w opiece szpitalnej na poszczególnych oddziałach i innych komórkach organizacyjnych Szpitala.

57. *wykreślony*

58. Sekcja ds. Transportu i Dozoru Obiektu

1. Sekcja Transportu i Dozoru Obiektu bezpośrednio podlega Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.
2. Prace Sekcji organizuje i Nadzoruje Koordynator.
3. Do zadań sekcji należy:
 - a) zapewnienie ciągłości usług w ramach transportu sanitarnego, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego funkcjonowania SP ZOZ WSS nr 3 w oparciu o obowiązujące zarządzenia zewnętrzne,
 - b) zapewnienie ciągłości usług w ramach transportu specjalistycznego, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego funkcjonowania SP ZOZ WSS nr 3 w oparciu o obowiązujące umowy w przedmiotowym zakresie,
 - c) współpraca w ramach zapewnienia ciągłości usług transportowych ze wszystkimi jednostkami szpitala celem sprawnej realizacji usług,
 - d) dbanie o należyty stan pojazdów będących na stanie SP ZOZ WSS nr 3 w Rybniku,
 - e) realizowanie zgłoszeń usterek samochodów i przeprowadzanie w tym zakresie stosownej procedury,
 - f) prowadzenie niezbędnej dokumentacji związanej z transportem sanitarnym jak i prowadzenie wszelkich rejestrów w zakresie transportu sanitarnego niezbędnych dla bieżącej sprawozdawczości,
 - g) obsługa w ramach szpitalnych służb porządkowych.

Dział IV
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
w oddziałach szpitalnych, poradniach specjalistycznych i pracowniach diagnostycznych

§ 29

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych, w niniejszym Regulaminie lub w umowie cywilnoprawnej.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z:
 - 1) Dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 2) Ministrem właściwym do spraw zdrowia lub
 - 3) innym dysponentem środków publicznych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w innych przypadkach niż opisane w ustępie poprzedzającym w sposób i na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity z dnia 25 sierpnia 2008 r. – Dz. U. Nr 164, poz.1027 z późniejszymi zmianami) nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane są w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala, których zakres obejmuje Statut oraz niniejszy Regulamin.

§ 30

Świadczenia diagnostyczno-lecznicze w medycznych komórkach organizacyjnych wykonywane są:

- 1) na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne,
- 2) bez skierowania w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia lub porodu,
- 3) na podstawie odrębnych umów z dysponentami środków finansowych.

§ 31

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz przez wolontariuszy spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach.
2. Niedopuszczalne jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nie będącym pacjentami Szpitala, a także Pacjentom Szpitala w imieniu własnym i za odpłatnością przez osoby wykonujące zawody medyczne w Szpitalu.

§ 32

1. Pracownicy Szpitala, pracownicy podwykonawcy usług oraz uczestnicy kształcenia zawodowego zobligowani są do noszenia identyfikatorów osobistych pozwalających na ustalenie imienia nazwiska i pełnionej funkcji.
2. Przed wejściem do oddziałów, zakładów diagnostycznych widnieją tablice informujące o osobach kierujących oddziałem/zakładem tj. imię i nazwisko ordynatora, kierownika i pielęgniarki/położnej oddziałowej/ koordynującej.

3. Pracownicy medyczni realizujący świadczenia zobowiązani są do przedstawiania się z imienia i nazwiska oraz funkcji.

§ 33

1. Szpital może udzielać zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w celu wykonywania zadań Szpitala określonych w Statucie innemu publicznemu lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, położnych, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej określają przepisy odrębne oraz umowa między Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.

§ 34

1. Świadczenia zdrowotne dla pacjentów Szpitala, udzielane są w siedzibie Szpitala, w budynkach Szpitala, w pomieszczeniach spełniających wymogi do udzielania w nich świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia personel medyczny SOR lub inna osoba wyznaczona przez lekarza SOR może udzielić świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala, a także poza budynkami Szpitala.

Opieka stacjonarna – weryfikacja uprawnień do bezpłatnych świadczeń

§ 35

1. Do korzystania ze stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
2. Weryfikacja uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych:
 - 1) sprawdzenie w systemie elektronicznym eWUŚ na podstawie numeru PESEL i jednego z wymienionych dokumentów:
 - a) dowód osobisty,
 - b) paszport,
 - c) prawo jazdy.
 - 2) w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18 roku życia:
 - a) aktualną legitymację szkolną.
 - 3) jeżeli dziecko nie ukończyło 3 miesiąca życia i nie ma jeszcze nadanego numeru PESEL na podstawie danych rodziców.
 - 4) jeżeli NFZ nie potwierdzi uprawnień do świadczeń, można je potwierdzić za pomocą dokumentów papierowych np.:
 - a) zaświadczeniem z zakładu pracy,
 - b) legitymacją emeryta lub rencisty,
 - c) aktualnym zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) oraz złożyć oświadczenie o swoim prawie do bezpłatnych świadczeń.
 - 5) jeżeli pacjent nie ma przy sobie w/w dokumentu może złożyć jedynie oświadczenie o prawie do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
 - 6) oświadczenie o swoim prawie do świadczeń musi zawierać:
 - a) imię i nazwisko pacjenta,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) podstawę prawną do świadczeń, np. zawarta umowa o pracę, emerytura,
 - d) numer PESEL,
 - e) rodzaj dokumentu, którym potwierdzi swoją tożsamość.
 - 7) dla osób uprawnionych z innego państwa członkowskiego, przebywających czasowo na terytorium Polski:

- a) EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - b) Certyfikat zastępczy,
 - c) Poświadczenie wydane przez NFZ.
3. Dokumenty potwierdzające uprawnienia, o których mowa w ust. 1, pacjent powinien przedstawić przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego.
 4. Osobom nieubezpieczonym oraz cudzoziemcom (nie objętym przepisami o koordynacji) szpitalne świadczenia zdrowotne udzielane są odpłatnie.
 5. W przypadku nagłych zachorowań związanych z wypadkiem, zatruciem, urazem lub stanów zagrożenia życia pacjentów nieubezpieczonych pomocy medycznej należy udzielić wyłącznie w zakresie niezbędnym do ratowania życia.
 6. Wysokość opłaty za wykonywanie świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych stanowi suma kosztu udzielenia świadczenia i marży ustalonej przez Szpital na dany rok obrachunkowy. Dyrektor sporządza cennik opłat za poszczególne świadczenia i zarządza jego stosowanie. Cennik jest udostępniany do wglądu w medycznych komórkach organizacyjnych i na stronie internetowej Szpitala.
 7. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Opieka stacjonarna – przyjęcie do Szpitala

§ 36

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

§ 37

1. Pacjenci przyjmowani są całodobowo, w trybie planowym i w trybie nagłym.
2. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Szpitala odbywa się w SOR z Zespołem Przyjęć na podstawie skierowania lekarza w trybie planowym i nagłym lub bez skierowania w trybie pilnym.
3. Pacjenci przyjmowani w trybie nagłym kierowani są do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
4. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz obsługujący pacjenta ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie

oraz w razie potrzeby zapewnia transport medyczny.

§ 38

1. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do Szpitala do leczenia w danym oddziale w trybie planowym pacjent zgłasza się do Informacji Szpitalnej.
2. Podczas przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
 - 1) posiadaną dokumentacją medyczną i wyniki badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta.
3. Pacjent w Szpitalu może korzystać z własnej odzieży osobistej typu piżama, obuwie, wskazane jest również posiadanie przyborów higienicznych.
4. Odzież i obuwie zewnętrzne pacjent powinien przekazać rodzinie lub do Depozytu Ubrań za pokwitowaniem.
5. Posiadane przedmioty wartościowe po odpowiednim udokumentowaniu pacjent może przekazać do zabezpieczenia w Depozycie Rzeczy Wartościowych. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do Depozytu.
6. Sposób prowadzenia Depozytu Ubrań oraz Depozytu Rzeczy Wartościowych w Szpitalu określają odrębne przepisy wewnętrzne.
7. W Zespole Przyjęć pacjent zostaje zarejestrowany w Księdze Głównej Przyjęć i Wypisów i założona jest dokumentacja medyczna w postaci Historii Choroby.
8. Pacjent wraz z dokumentacją medyczną, pod opieką uprawnionego pracownika, kierowany jest do oddziału zgodnie ze skierowaniem lekarza i specyfiką schorzenia.

Opieka stacjonarna – identyfikacja pacjenta

§ 39

1. W trakcie przyjęcia do Szpitala uprawniony personel Zespołu Przyjęć lub SOR pozyskuje od pacjenta dane pozwalające na identyfikację pacjenta w systemie ruchu chorych oraz niezbędne do realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona),
 - 2) data urodzenia,
 - 3) oznaczenie płci,
 - 4) adres zamieszkania,
 - 5) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia: „NN”, płeć, okoliczności przyjęcia wraz z numerem w Księdze Głównej. Kolejne osoby „NN” przyjmowane trakcie doby oznacza się kolejnymi cyframi rzymskimi.
3. Pacjent wpisywany jest do ewidencji szpitala – Księga Główna Przyjęć i Wypisów.
4. Pacjenci zaopatrywani są w znaki tożsamości w postaci opasek zakładanych na nadgarstek.
5. Dzieci urodzone w Szpitalu zaopatrywane są w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu. Położna pokazuje dziecko matce, informuje o płci, zaopatruje dziecko w obecności matki w znaki tożsamości.
6. W przypadku gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie jej o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu się dziecka.
7. Szczegóły związane z identyfikacją pacjenta w Szpitalu opisano w odrębnych regulacjach wewnętrznych.

Opieka stacjonarna – realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale

§ 40

1. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
 - 1) kompleksową ocenę stanu zdrowia,

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

§ 41

1. Świadczenia medyczne w oddziałach realizowane są całodobowo przez pracowników medycznych poszczególnych oddziałów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i nadanymi uprawnieniami.
2. Procesem leczenia poszczególnych pacjentów kieruje lekarz prowadzący, natomiast w godzinach dyżurowych opiekę nad chorymi w oddziale sprawuje lekarz dyżurny.
3. Ordynator/Kierownik Oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji medycznej. Nazwisko lekarza prowadzącego odnotowane jest w dokumentacji medycznej.
4. Pacjenci przyjęci w trybie nagłym, w godzinach dyżurowych objęci zostają opieką przez lekarza dyżurnego.
5. Pielęgniarka/Położna, Oddziałowa/Koordynująca wyznacza zgodnie z rozkładem pracy pielęgniarki/położne opiekujące się pacjentami w każdym dniu i na zmianie roboczej.
6. Lekarz oddziału może korzystać w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta z konsultacji lekarskich specjalistów innych dziedzin, zatrudnionych w Szpitalu. W przypadku braku lekarza niezbędnej specjalizacji może wezwać lekarza konsultującego spoza Szpitala zgodnie z umowami zawartymi przez Szpital.
7. Materiał do badań diagnostycznych pobierany jest od pacjenta w oddziale, w którym przebywa.
8. Badania i zabiegi wymagające specjalistycznej aparatury medycznej wykonywane są w pracowniach/gabinetach diagnostycznych i zabiegowych Szpitala lub podwykonawcy zgodnie z obowiązującą umową.
9. W przypadku kiedy Szpital nie posiada możliwości wykonania koniecznego badania/zabiegu wynikającego z procesu leczniczego, pacjent transportowany jest do podwykonawcy na koszt Szpitala.
10. Szpital zapewnia pacjentom niezbędne środki lecznicze, pielęgnacyjne wynikające z procesu leczenia. Leki zlecane są przez lekarzy w oparciu o przyjętą przez Szpital listę leków tzw. Receptariusz Szpitalny.
11. Pacjenci zobowiązani są do poinformowania lekarza o rodzaju i dawkach leków przyjmowanych przed hospitalizacją. Jeżeli pacjent przyjmuje leki własne, leki należy przekazać pielęgniarce oddziału celem dawkowania zgodnie ze zaleceniem lekarskim.

Opieka stacjonarna – ciągłość opieki, transport

§ 42

1. Opieka lekarska w oddziałach Szpitala realizowana jest przez lekarzy w systemie zapewniającym ciągłość opieki.
2. Opieka pielęgniarska realizowana jest w systemie zmianowym, 12 godzinnym.
3. Lekarze i pielęgniarki wymieniają istotne informacje o pacjentach wielokrotnie w ciągu doby, zapewniając ciągłość opieki nad pacjentami.
4. Informacje o stanie zdrowia poszczególnych pacjentów są dokumentowane na bieżąco w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Przekazanie opieki kolejnym zmianom następuje na styku dyżurów.

6. Lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na oddziałach, istotnych zdarzeniach, ich okolicznościach, podjętych działaniach. Informacje te dokumentowane są w książkach raportów lekarskich i książkach raportów pielęgniarskich.
7. Chorzy kierowani na badania i zabiegi lecznicze w obrębie Szpitala powinni być, w zależności od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach lub łózkach przez personel.
8. Sposób transportu pacjenta określony jest przez lekarza lub pielęgniarkę/położną. Pacjenci wymagający transportu w pozycji leżącej transportowani są przez pielęgniarki/położne lub ratowników medycznych. Pacjenci nieprzytomni, wymagający oddechu zastępczego transportowani są przez pielęgniarki/położne, ratowników oraz pod opieką lekarza danego oddziału. Do transportu pacjenta dołączona jest jego dokumentacja medyczna (historia choroby).
9. Pacjent, który został przetransportowany przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z lądowiska jest przywieziony specjalistyczną karetką pod opieką medyczną załogi LPR. W SOR następuje przekazanie pacjenta wraz z jego dokumentacją personelowi Szpitala.
10. Pacjenci transportowani są na zewnątrz Szpitala w przypadku:
 - 1) realizacji świadczeń zdrowotnych, których Szpital nie udziela,
 - 2) kontynuacji leczenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 3) wypisu ze Szpitala pacjenta, którego dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia transport środkami komunikacji publicznej.
11. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym zakładzie po uprzednim uzgodnieniu miejsca, transportowani są na podstawie pisemnego leczenia określającego warunki transportu kołowego lub lotniczego. Pacjent jest odbierany z oddziału przez personel karetki. W przypadku transportu lotniczego lekarz zleca transport kołowy i lotniczy. Personel karetki dowozi pacjenta na lądowisko szpitalne i przekazuje pacjenta załodze śmigłowca wraz z jego dokumentacją medyczną.
12. Pacjenci przebywający czasowo poza oddziałem np. w przypadku badań, zabiegów objęci są opieką przez pracowników medycznych komórki wykonującej określone świadczenia.
13. Pacjenci wymagający kontynuacji leczenia w innym oddziale Szpitala są wypisywani a następnie przyjmowani do nowego oddziału zachowując jednocześnie ciągłość pobytu w Szpitalu.
14. Pacjenci, wymagający zapewnienia ciągłości i kontynuacji opieki w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub domach opieki społecznej a nie posiadający rodziny wydolnej opiekuńczo uzyskują wsparcie ze strony Szpitala w działaniach organizacyjnych umożliwiających pozyskanie stosownego miejsca opieki. Zadania te realizowane są na wniosek pacjenta lub rodziny pacjenta.

Opieka stacjonarna – wypisanie ze Szpitala

§ 43

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

5. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w oddziale począwszy od terminu określonego przez Ordynatora/Kierownika Oddziału niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń.
6. Jeżeli opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy nie odbiera osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji z oddziału w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie gminę właściwą ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby i organizuje, na jej koszt przewiezienie do miejsca zamieszkania.
7. Wypisany pacjent ze Szpitala otrzymuje:
 - 1) kartę Informacyjną z leczenia szpitalnego,
 - 2) recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej,
 - 3) skierowania na świadczenia zalecone w Karcie Informacyjnej,
 - 4) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.
8. Ordynator/Kierownik Oddziału odpowiada za powiadomienie pacjenta o wynikach jego badań, jeśli wynik został dostarczony do Oddziału po wypisie pacjenta ze Szpitala.

Lecznictwo ambulatoryjne

§ 44

1. Do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub na podstawach określonych w przepisach prawnych.
3. Weryfikacja uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych:
 - 1) sprawdzenie w systemie elektronicznym eWUŚ na podstawie numeru PESEL i jednego z wymienionych dokumentów:
 - a) dowód osobisty,
 - b) paszport,
 - c) prawo jazdy.
 - 2) W przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18 roku życia:
 - a) aktualną legitymację szkolną.
 - 3) Jeżeli dziecko nie ukończyło 3 miesiąca życia i nie ma jeszcze nadanego numeru PESEL na podstawie danych rodziców.
 - 4) Jeżeli NFZ nie potwierdzi uprawnień do świadczeń, można je potwierdzić za pomocą dokumentów papierowych np.:
 - a) zaświadczeniem z zakładu pracy,
 - b) legitymacją emeryta lub rencisty,
 - c) aktualnym zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) oraz złożyć oświadczenie o swoim prawie do bezpłatnych świadczeń.
 - 5) Jeżeli pacjent nie ma przy sobie w/w dokumentu może złożyć jedynie oświadczenie o prawie do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
 - 6) Oświadczenie o swoim prawie do świadczeń musi zawierać:
 - a) imię i nazwisko pacjenta,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) podstawę prawną do świadczeń, np. zawarta umowa o pracę, emerytura,
 - d) numer PESEL,
 - e) rodzaj dokumentu, którym potwierdzi swoją tożsamość.
 - 7) Dla osób uprawnionych z innego państwa członkowskiego, przebywających czasowo na terytorium Polski:
 - a) EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - b) Certyfikat zastępczy,

- c) Poświadczenie wydane przez NFZ.
4. Dokumenty potwierdzające uprawnienia, o których mowa w ust. 1, pacjent powinien przedstawić przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego.
 5. Pacjentom nie ubezpieczonym, ubezpieczonym nie posiadającym skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz cudzoziemcom nieobjętym przepisami o koordynacji, świadczenia specjalistyczne udzielane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem.
 6. W stanach nagłych oraz w sytuacjach określonych w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia zdrowotne są udzielane bez skierowania.
 7. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
 8. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
 9. Ustalanie terminów wizyty odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznego, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich.
 10. Lekarz ma obowiązek:
 - 1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz określenia potrzeby leczenia specjalistycznego,
 - 2) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 3) podjęcia procesu leczenia, jeśli jest taka potrzeba medyczna,
 - 4) wydania informacji o podjętym leczeniu i dalszych zaleceniach dla lekarza kierującego,
 - 5) wydania w razie potrzeby zaświadczenia o niezdolności pacjenta do pracy,
 - 6) prowadzenia dokumentacji medycznej.

Pracownie diagnostyczne

§ 45

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących zakładów, działów, laboratoriów i pracowni określonych w § 24.
2. Badania diagnostyczne dla pacjentów szpitala mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem.

§ 46

1. W ramach umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, badania wykonywane są nieodpłatnie, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Weryfikacja uprawnień do bezpłatnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych:
 - 1) sprawdzenie w systemie elektronicznym eWUŚ na podstawie numeru PESEL i jednego z wymienionych dokumentów:
 - a) dowód osobisty,
 - b) paszport,
 - c) prawo jazdy.
 - 2) w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18 roku życia:
 - a) aktualną legitymację szkolną.
 - b) jeżeli dziecko nie ukończyło 3 miesięcy życia i nie ma jeszcze nadanego numeru PESEL na podstawie danych rodziców.
 - 3) jeżeli NFZ nie potwierdzi uprawnień do świadczeń, można je potwierdzić za pomocą dokumentów papierowych np.:
 - a) zaświadczeniem z zakładu pracy,
 - b) legitymacją emeryta lub rencisty,
 - c) aktualnym zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) oraz złożyć oświadczenie o swoim prawie do bezpłatnych świadczeń.
 - 4) jeżeli pacjent nie ma przy sobie w/w dokumentu może złożyć jedynie oświadczenie o prawie do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
 - 5) oświadczenie o swoim prawie do świadczeń musi zawierać:
 - a) imię i nazwisko pacjenta,

- b) adres zamieszkania,
 - c) podstawę prawną do świadczeń, np. zawarta umowa o pracę, emerytura,
 - d) numer PESEL,
 - e) rodzaj dokumentu, którym potwierdzi swoją tożsamość.
- 6) dla osób uprawnionych z innego państwa członkowskiego, przebywających czasowo na terytorium Polski:
- a) EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - b) Certyfikat zastępczy,
 - c) Poświadczenie wydane przez NFZ.
3. Dokumenty potwierdzające uprawnienia, o których mowa w ust. 1, pacjent powinien przedstawić przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego.
4. Pacjentom nieubezpieczonym, ubezpieczonym nie posiadającym skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz cudzoziemcom nieobjętym przepisami o koordynacji, świadczenia specjalistyczne udzielane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem.
5. Wykonanie świadczeń ujętych w pkt.1 następuje po uprzedniej rejestracji osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osób trzecich, w kolejności zgłoszeń.
6. Pracownie diagnostyczne, wykonujące badania w ramach umowy na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne prowadzą listy oczekujących zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Pozostałe badania diagnostyczne:
- 1) dla pacjentów Szpitala i poradni przyszpitalnych wykonywane są na podstawie zlecenia i finansowane w ramach świadczeń leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 2) dla pacjentów podmiotów leczniczych, zakładów ubezpieczeń i innych podmiotów, z którymi Szpital zawarł umowę na wykonywanie badań diagnostycznych wykonywane i finansowane są na warunkach zawartych w umowie,
 - 3) dla pozostałych pacjentów wykonywane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem.
8. Pracownie diagnostyczne prowadzą wymaganą prawem dokumentację medyczną.
9. Wyniki wykonanych badań diagnostycznych:
- 1) dla pacjentów Szpitala – wprowadzane są do szpitalnego systemu informatycznego a następnie przekazywane w formie papierowej potwierdzonej podpisem uprawnionego diagnosty lub na elektronicznych nośnikach danych lekarzowi zlecającemu,
 - 2) dla pacjentów spoza Szpitala – wydawane są pacjentowi w formie papierowej potwierdzonej podpisem uprawnionego diagnosty lub na elektronicznych nośnikach danych. Wydanie wyniku osobie trzeciej może nastąpić wyłącznie na podstawie pisemnego upoważnienia udzielonego tej osobie przez pacjenta. Upoważnienie musi zawierać dane osobowe identyfikujące pacjenta oraz osobę upoważnioną wraz z numerami dokumentów potwierdzających tożsamość oraz podpis pacjenta złożony w obecności pracownika pracowni diagnostycznej.

Dział V

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 47

1. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.
2. Szpital, realizując swoje zadania, współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w celu zapewnienia pełnej i prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania medycznego.
3. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.

§ 48

1. Szpital oraz osoby udzielające w jego imieniu świadczeń zdrowotnych, udzielają innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacji związanych z pacjentem w przypadku, gdy:

- 1) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - 3) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,
 - 4) obowiązujące przepisy prawa tak stanowią.
2. Szpital udostępnia podmiotom wykonującym działalność leczniczą dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

§ 49

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

Dział VI

Obowiązki Szpitala w przypadku śmierci pacjenta

§ 50

1. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności.
2. Wszystkie czynności przy zmarłym pacjencie wykonywane są z poszanowaniem godności zmarłego i jego bliskich.
3. O śmierci pacjenta pielęgniarka / położna niezwłocznie zawiadamia lekarza prowadzącego / dyżurnego.
4. Lekarz, o którym mowa w punkcie 3 po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę, wystawia kartę zgonu oraz powiadamia rodzinę zmarłego lub właściwą instytucję o zgonie informując o ewentualnym zastrzeżeniu badania pośmiertnego.
5. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu mogą być poddane sekcji w przypadkach:
 - a) gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala,
 - b) gdy brak kompletnej wiedzy o przyczynie zgonu,
 - c) na wniosek Prokuratury.
6. W przypadkach dotyczących pkt 5a i 5b istnieje możliwość odstąpienia od sekcji na wniosek lekarza i rodziny – decyzję ostateczną podejmuje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.
7. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni w Zakładzie Anatomopatologii (nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej) i tam przechowywane.
8. Przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godz. liczone od godziny jego śmierci, jest dopuszczalne w razie:
 - 1) gdy zwłoki nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) z innych ważnych przyczyn, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

9. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godz. liczone od godziny jego śmierci, osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych bądź podmioty, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym ponoszą opłatę w wysokości określonej w załączniku nr 4 do Regulaminu.
10. Pracownik Zakładu Anatomopatologii zwłoki osoby zmarłej nieodpłatnie myje, ubiera, przygotowuje do odbioru i wydaje osobie uprawnionej do ich pochowania.
11. Szczegóły postępowania regulują wydane Zarządzeniem Dyrektora procedury w sprawie postępowania po śmierci pacjenta w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku.

§ 51

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

Dział VII Prawa i obowiązki pacjenta

§ 52

1. Każdy pracownik Szpitala mający bezpośredni bądź pośredni kontakt z pacjentem ma obowiązek przestrzegania i poszanowania praw pacjenta.
2. Prawa i obowiązki pacjenta Szpitala powinny być umieszczone w miejscu widocznym w każdym oddziale, poradni, zakładzie, dziale oraz w innej komórce organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia zdrowotne.

§ 53

1. Prawa pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych niż ubezpieczeni.
2. Prawa pacjenta zostały określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udziela: Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
4. Informacja o prawach pacjenta jest dostępna w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu oraz na stronie internetowej www.szpital.rybnik.pl.
5. Wyznaczony przez Dyrektora pracownik pełni funkcję szpitalnego rzecznika praw pacjenta i zajmuje się sprawami dotyczącymi przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu.

§ 54

1. Pacjent hospitalizowany zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:
 - 1) Okazywania szacunku dla praw innych pacjentów.
 - 2) Przestrzegania zasad współżycia społecznego, szczególnie poszanowania godności, intymności, przekonań i zasad moralnych oraz życzliwego i kulturalnego odnoszenia się do innych pacjentów, odwiedzających i personelu Szpitala.
 - 3) Przestrzegania zasad higieny osobistej oraz stosownego ubioru (np. piżama, dres).
 - 4) Utrzymywania ładu i porządku w miejscu pobytu.
 - 5) Stosowania się do ustalonego porządku organizacyjnego w oddziale, w szczególności przebywania w sali
w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych oraz w czasie wydawania posiłków.
 - 6) Przestrzegania ciszy nocnej w godzinach 2200 – 600 i przebywania w tym czasie w oddziale.

- 7) Zgłaszania każdorazowo pielęgniарce zamiaru opuszczenia oddziału (np. w celu dokonania zakupów w sklepiku szpitalnym).
 - 8) Dostarczenia personelowi pełnej informacji o przebytych i obecnych chorobach oraz wszystkich aspektach medycznych mogących pomóc w leczeniu.
 - 9) Poinformowania lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
 - 10) Stosowania się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, techników i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
 - 11) Stosowania się do uzgodnionego planu diagnostyki i leczenia oraz zaleceń medycznych i diety.
 - 12) Poszanowania mienia Szpitala.
 - 13) Przestrzegania zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych.
 - 14) Przestrzegania obowiązku pozostawiania ubrań (na czas hospitalizacji) w „Depozycie Ubraniowym” i korzystania z możliwości zdeponowania rzeczy wartościowych w „Depozycie Rzeczy Wartościowych SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku”.
 - 15) Korzystania z telefonów komórkowych i innych urządzeń (np. laptopów, MP3 itp.) w sposób niestwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i personelu Szpitala ani zakłócający działania aparatury i urządzeń medycznych i poza godzinami ciszy nocnej. Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
 - 16) Przestrzegania zakazu obrotu, posiadania i używania alkoholu, narkotyków i środków odurzających oraz palenia papierosów na terenie Szpitala.
 - 17) Przestrzegania Regulaminu Porządkowego i innych przepisów obowiązujących na terenie Szpitala oraz przepisów BHP i P/POŻ.
2. W przypadku nieprzestrzegania określonych w niniejszym Regulaminie obowiązków pacjent może być ukarany:
- 1) Upomnieniem lub ostrzeżeniem,
 - 2) Wypisaniem pacjenta lub przeniesieniem do innego podmiotu leczniczego z zachowaniem poszanowania jego zdrowia i bezpieczeństwa.
3. Pacjent korzystający z ambulatoryjnych zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:
- 1) Okazywania szacunku dla praw innych pacjentów.
 - 2) Przestrzegania zasad współżycia społecznego, szczególnie poszanowania godności, intymności, przekonań i zasad moralnych oraz życzliwego i kulturalnego odnoszenia się do innych pacjentów, odwiedzających i personelu Szpitala.
 - 3) Przestrzegania zasad higieny osobistej oraz stosownego ubioru.
 - 4) Utrzymywania ładu i porządku w miejscu pobytu.
 - 5) Stosowania się do ustalonego porządku organizacyjnego w Przychodni / Dziale.
 - 6) Dostarczenia personelowi pełnej informacji o przebytych i obecnych chorobach oraz wszystkich aspektach medycznych mogących pomóc w leczeniu.
 - 7) Stosowania się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
 - 8) Stosowania się do uzgodnionego planu Diagnostyki i leczenia.
 - 9) Poszanowania mienia Szpitala.
 - 10) Przestrzegania zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych.
 - 11) Korzystania z telefonów komórkowych w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i personelu Szpitala ani zakłócający działania aparatury i urządzeń medycznych i poza godzinami ciszy nocnej. Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.

- 12) Przestrzegania zakazu obrotu, posiadania i używania alkoholu, narkotyków i środków odurzających oraz palenia papierosów na terenie Szpitala.
- 13) Przestrzegania Regulaminu Porządkowego i innych przepisów obowiązujących na terenie Szpitala oraz przepisów BHP i P/POŻ.
- 14) Informowania o konieczności zmiany wyznaczonych terminów (w Przychodni / Dziale).

Dział VIII

Zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich

§ 55

1. Osoby trzecie przebywające w Szpitalu obowiązują właściwe zachowanie podczas odwiedzania, aby nie narazić spokoju, godności osobistej i intymności innych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych oraz przestrzeganie i stosowanie się do zasad porządkowych oddziałów i poleceń personelu medycznego.
2. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Szpitalu, Dyrektor, jego zastępca lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta.

§ 56

1. Osoby odwiedzające lub sprawujące dodatkową opiekę nad pacjentem zobowiązane są do przestrzegania następujących zasad:
 - 1) W przypadkach uzasadnionych względami sanitarno-epidemiologicznymi, porządkowymi oraz ze względu na stan zdrowia pacjentów przebywających w sali, odwiedziny mogą być w różnym zakresie na czas określony ograniczone.
 - 2) W Szpitalu obowiązuje zakaz odwiedzin i sprawowania dodatkowej opieki nad pacjentem dla osób z objawami infekcji oraz innymi chorobami zakaźnymi przenoszonymi drogą kontaktową lub kropelkową.
 - 3) Dziecko może odwiedzać chorych tylko w towarzystwie osób dorosłych. Pełną odpowiedzialność za pobyt dziecka w Szpitalu ponosi jego opiekun.
 - 4) Jednego chorego mogą odwiedzać w salach chorych jednocześnie nie więcej niż 2 osoby.
 - 5) Osoba odwiedzająca pacjenta lub sprawująca nad nim dodatkową opiekę powinna poświęcić choremu swój czas i dbać o jego bezpieczeństwo.
 - 6) Osoba odwiedzająca pacjenta lub sprawująca nad nim dodatkową opiekę nie powinna, ze względów sanitarnych, przygotowywać posiłków we własnym zakresie na terenie Szpitala.
 - 7) Osoba odwiedzająca jest zobowiązana:
 - a) zachowywać się w sposób kulturalny, nieuciążliwy dla odwiedzanego oraz innych pacjentów i personelu,
 - b) podporządkować się wskazówkom personelu medycznego,
 - c) w okresie zimowym okrycie wierzchnie pozostawić w szatni.
2. W Szpitalu obowiązuje zakaz:
 - a) wprowadzania zwierząt do budynku Szpitala,
 - b) pozostawiania kwiatów przy łóżku chorego,
 - c) wnoszenia i spożywania na terenie Szpitala napojów alkoholowych, palenia wyrobów tytoniowych oraz obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających; obowiązuje zakaz wstępu na teren Szpitala dla osób odwiedzających pozostających pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnych środków.
 - d) handlu obnośnego i zbiórki pieniędzy,
 - e) siadania na łóżku chorego,
 - f) spożywania posiłków na salach chorych.
3. Personel Szpitala ma prawo nakazać natychmiastowe opuszczenie Szpitala osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu, odurzonych narkotykami albo naruszającym w sposób rażący w/w obowiązki.
4. Odwiedzający proszeni są:

- a) o spokojne, kulturalne zachowanie oraz zrozumienie dla personelu i jego trudu w staraniach o zdrowie pacjentów,
- b) nie wchodzić do pomieszczeń służbowych, gabinetów zabiegowych i sal innych pacjentów,
- c) nie spacerować po korytarzu oddziału (trakt komunikacyjny i roznoszenie infekcji),
- d) o korzystanie z toalet przeznaczonych dla odwiedzających.

§ 57

1. Przedstawiciele mediów publicznych wchodzących na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących Szpitala zobowiązani są zgłosić ten zamiar Dyrektorowi lub jego zastępcy.
2. W przypadku zamiaru zbierania informacji i opinii wśród pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów publicznych zgłasza ten zamiar Dyrektorowi lub jego zastępcy, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 58

Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzenia prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać zgodę od Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz dokonać prezentacji zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami w tym zakresie.

Dział IX

Organizacja przyjmowania oraz załatwiania skarg i wniosków

§ 59

1. Skargi i wnioski dotyczące działalności medycznej poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala mogą być składane w formie pisemnej lub ustnej do protokołu, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.
 - I. Przyjmowanie i rejestrowanie skarg, wniosków i opinii pacjentów / klientów.
 1. Pacjentowi / klientowi przysługuje prawo do:
 - zwrócenia się do: Ordynatora/Kierownika, Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej/Koordynującej komórki organizacyjnej, aby mogli niezwłocznie przedsięwziąć odpowiednie kroki.
 - zwrócenia się z prośbą o interwencję do: Dyrektora, Naczelnej Pielęgniarki, Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa. Skargi / wnioski / opinie przyjmowane są od poniedziałku do piątku w godzinach 13.30 – 14.30
 - złożenia skargi do Dyrektora Szpitala, Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, Biura Działu Skarg i Wniosków Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Departamentu Spraw Świadczeniobiorców Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Śląskiej Izby Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, Rzecznika Praw Pacjenta.
 2. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta pełni dyżur we wtorki od godz. 14:30 do godz. 15:30.
 3. Skargi mogą być składane pisemnie, za pomocą faksu telegraficznie, za pomocą dalekopisu, poczty elektronicznej na adres: szpital@szpital.rybnik.pl a także ustnie do protokołu. W przypadku zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie/zgłaszający sporządza Protokół przyjęcia skargi/wniosku/opinii, który podpisują wnoszący skargę lub wniosek i przyjmujący zgłoszenie. Na żądanie wnoszącego przyjmujący skargę lub wniosek potwierdza złożenie skargi lub wniosku.
 4. Szczegółowe informacje o sposobie składania skarg, wniosków i opinii zawarte są w opracowaniu „Skargi, wnioski, opinie pacjentów / klientów, które dostępne są:
 - na stronie internetowej Szpitala: www.szpital.rybnik.pl,
 - w widocznych miejscach w każdej jednostce organizacyjnej Szpitala,
 - jako element Regulaminu Oddziału, z którym zapoznają się pacjenci,
 5. Pracownik, który odebrał skargę dotyczącą działalności Szpitala obowiązany jest przekazać ją niezwłocznie Dyrektorowi.

6. Skargi przekazywane przez redakcje prasowe, radiowe i telewizyjne podlegają rozpatrzeniu i załatwieniu w takim samym trybie, jak skargi osób fizycznych i prawnych.
 7. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta prowadzi Rejestr skarg. Raport o przyjętych i rozpatrzonych skargach przekazywany jest członkom Rady Społecznej i Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości.
- II. Kwalifikowanie skarg, wniosków i opinii
1. Kwalifikowania spraw jako skargi dokonuje Dyrektor.
 2. Każda sprawa zakwalifikowana jako skarga wpisywana jest do Rejestru.
 3. Jeśli z treści skargi nie można ustalić jej przedmiotu, Dyrektor wzywa wnoszącego o wyjaśnienie lub uzupełnienie, z pouczeniem, że nie usunięcie braków spowoduje pozostawienie skargi bez rozpoznania.
 4. Skargi i wnioski niezawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania. Nie podlegają one rejestracji.
- III. Rozpatrywanie skarg i wniosków
1. Skargi rozpatruje Dyrektor lub osoba przez niego upoważniona.
 2. Z wyjaśnienia skargi sporządza się następującą dokumentację:
 - oryginał skargi / wniosku,
 - notatkę służbową informującą o sposobie załatwienia skargi i wynikach postępowania wyjaśniającego,
 - materiały pomocnicze zebrane podczas wyjaśniania skargi,
 - odpowiedź do wnoszącego, w której został powiadomiony o sposobie rozstrzygnięcia sprawy wraz z urzędowym potwierdzeniem jej wysłania,
 - inne pisma, jeśli sprawa tego wymaga.
 3. Odpowiedź do wnoszącego winna zawierać:
 - wyczerpującą informację o sposobie załatwiania sprawy z odniesieniem się do wszystkich zarzutów zawartych w skardze,
 - faktyczne i prawne uzasadnienie, jeżeli skarga została załatwiona odmownie,
 - imię i nazwisko osoby rozpatrującej skargę.Kopię odpowiedzi do wnoszącego otrzymuje Kierownik Jednostki Organizacyjnej, której dotyczyła skarga.
 4. Pełna dokumentacja po zakończeniu sprawy przechowywana jest przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
- IV. Terminy rozpatrywania skarg
1. Skargę rozpatruje się bez zbędnej zwłoki.
 2. Skargę rozpatruje się:
 - do czternastu dni, gdy skargę wnosi poseł na Sejm, senator lub radny,
 - do miesiąca, gdy wszczyna się postępowanie wyjaśniające,
 - do dwóch miesięcy, gdy skarga jest szczególnie skomplikowana,
 3. O każdym przypadku niezałatwienia sprawy w terminach określonych w punkcie 2, Szpital zobowiązany jest zawiadomić wnoszącego skargę, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin załatwienia sprawy.
 4. Jeżeli z treści skargi lub wniosku nie można należyście ustalić ich przedmiotu, wzywa się wnoszącego skargę lub wniosek do złożenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnienia lub uzupełnienia, z pouczeniem, że nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpoznania.

§ 60

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

- 1) kierownika danej komórki organizacyjnej,
- 2) Dyrektora Szpitala,
- 3) Kierownika Działu Kadr i Płac

Dział X

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta

§ 61

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę i poufność danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a także zgodnie z wymogami określonymi przez płatnika świadczeń.
2. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością Szpitala.
3. Przy przyjęciu do Szpitala pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do dokumentacji medycznej.
4. Szpital ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
 - b) osobie upoważnionej przez pacjenta,
 - c) upoważnionym organom,
 - d) w razie śmierci pacjenta – osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.
5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu w Szpitalu na wniosek:
 - 1) pacjenta, którego dotyczy,
 - 2) jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta – dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, za pośrednictwem lekarza prowadzącego w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych. Dokumentację medyczną wydaje się na tych samych zasadach osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.
6. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu jest bezpłatne.
7. Dokumentację udostępnia się również w formie wyciągów, odpisów lub kopii, chyba że uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji.
8. Szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej określa Procedura udostępniania dokumentacji medycznej wprowadzona odrębnym Zarządzeniem Dyrektora, z zastrzeżeniem zasad określonych w niniejszym Dziale X.
9. Celem uzyskania kopii / wyciągu / odpisu dokumentacji medycznej należy w Kancelarii Szpitala złożyć „Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej” (formularz dostępny w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz na stronie internetowej Szpitala). Wniosek złożony w innej komórce organizacyjnej Szpitala jest przekazywany niezwłocznie do Kancelarii Szpitala celem jego rejestracji i przekazania właściwej komórce organizacyjnej Szpitala zgodnie z procedurą udostępniania dokumentacji medycznej.
10. Złożenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, odbiór odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej następuje nieodpłatnie, z zastrzeżeniem pkt. 10(1) lub odpłatnie w Kancelarii Szpitala zgodnie z procedurą udostępniania dokumentacji medycznej. W przypadku odpłatności odbiór dokumentacji medycznej następuje, po uiszczeniu w Kasie Szpitala (1 piętro – Dyrekcja Szpitala) lub w kasie SOR, opłaty zgodnie z art. **28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**. Kopia dokumentacji wydawana jest pacjentowi lub osobie przez niego pisemnie upoważnionej. Do odebrania kopii dokumentacji medycznej konieczne jest okazanie dokumentu tożsamości ze zdjęciem.
- 10(1) Opłaty o których mowa w pkt 10 nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. Z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o których mowa w art. 67e ust. Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. Z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)
11. Dokumentację udostępnia się w możliwie najkrótszym terminie. W wyjątkowych wypadkach termin ten może zostać wydłużony maksymalnie do miesiąca od dnia złożenia wniosku.

12. Wydanie oryginałów dokumentacji następuje za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
13. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
14. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz Szpitala następuje na podstawie decyzji Dyrektora.
15. Odmowa wydania dokumentacji medycznej wymaga formy pisemnej i podania przyczyny (uzasadnienia).

§ 62

1. Koszty udostępniania dokumentacji ponosi wnioskodawca, z zastrzeżeniem § 61 pkt 10 (1).
2. Szpital pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
3. Organy i podmioty wnioskujące obciążane są zgodnie z zawartymi umowami.
4. W przypadku dostarczania kopii drogą pocztową, wnioskodawca pokrywa koszt przesyłki.
5. Cennik odpisów, wyciągów, zaświadczeń oraz kserokopii wykonywanych w Szpitalu na rzecz wnioskodawców, o których mowa w ust 1, stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
6. Aktualizacja cennika, o którym mowa w ust 6, odbywa się na podstawie przepisów wskazanych w ust 2. i jest dokonywana przez Dyrektora Szpitala w formie pisemnej. Aktualizacja cennika odbywa się po uprzednim zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.

Dział XI.

Zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ustalania i pobierania opłat za ich udzielanie

§ 63

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
2. Cennik świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie, stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku zawarcia umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych.

Dział XI

Zasady obserwacji pomieszczeń i terenu

§ 63

1. W Szpitalu prowadzona jest obserwacja pomieszczeń i terenu wokół budynków będących w jego dyspozycji, za pomocą systemu monitoringu (rejestracji obrazu).
2. Monitoring, o którym w pkt. 1, jest niezbędny do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, pracowników i pomieszczeń.
3. Monitoring pomieszczeń w Szpitalu, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne oraz pobyty pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, możliwy jest tylko w sytuacji, gdy jest to zgodne z odrębnymi przepisami.
4. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w pkt. 1-3, zawierające dane osobowe, Szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.
5. Po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 4, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Dział XII

Postanowienia końcowe

§ 64



1. Personel medyczny zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość w toku czynności leczniczych. Od obowiązku zachowania tajemnicy może być zwolniony tylko przez odpowiednie akty prawne.
2. Personel medyczny ma obowiązek znać i respektować prawa pacjenta.

§ 65

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają odrębne przepisy.
2. Wątpliwości dotyczące stosowania Regulaminu rozstrzyga Dyrektor.

§ 66

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01 lutego 2020 r.
2. Tekst niniejszego Regulaminu jest udostępniony na stronie internetowej Szpitala www.szpital.rybnik.pl oraz na wewnętrznej stronie internetowej.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala zobowiązani są do zapoznania z jego treścią podległych im pracowników.