

Tekst jednolity
IV wydania
REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU

Obowiązuje od 09.03.2026 r.

Zmiany do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 239/2025 z dnia 10.07.2025 r. ze zmianami wynikającymi z Zarządzenia Dyrektora nr 278/2025 z dnia 25.08.2025 r., Zarządzenia Dyrektora nr 322/2025 z dnia 23.09.2025 r., Zarządzenia Dyrektora nr 610/2025 z dnia 22.12.2025 r., Zarządzenia Dyrektora nr 28/2026 z dnia 9.02.2026 r., Zarządzenia Dyrektora nr 46/2026 z dnia 2.03.2026 r.

Spis treści:

<i>DZIAŁ I POSTANOWIENIA WSTĘPNE</i>	7
Zakres przedmiotowy	7
Nazwa oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	9
Podstawy prawne	10
DZIAŁ II CELE I ZADANIA ORAZ RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ	11
Cele	11
Zadania	11
Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	12
Centrum Urazowe	14
DZIAŁ III ORGANIZACJA ZARZĄDZANIA	16
<i>Rozdział I Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi</i>	16
<i>Rozdział II Struktura organizacyjna</i>	19
Struktura Pionu Lecznictwa	20
Struktura Pionu Naczelnej Pielęgniarki	25
Struktura Pionu Dyrektora	25
Struktura Pionu Dyrektora ds. Ekonomicznych.....	26
Struktura Pionu Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych	26
Pełnomocnik Dyrektora ds. projektów i planowania operacyjnego	27
DZIAŁ IV PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	28
<i>Rozdział I Udzielanie świadczeń zdrowotnych</i>	28
<i>Rozdział II Przyjęcie do Szpitala pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego</i>	30
<i>Rozdział III Zasady pobytu pacjenta w oddziale</i>	32
<i>Rozdział IV Zasady przenoszenia pacjenta z oddziału na oddział</i>	33
<i>Rozdział V Wypisanie pacjenta ze Szpitala</i>	33
<i>Rozdział VI Przyjęcie pacjenta przez Szpitalny Oddział Ratunkowy</i>	34
<i>Rozdział VII Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne</i>	37
<i>Rozdział VIII System identyfikacji pacjentów</i>	41

<i>Rozdział IX Prawa pacjenta</i>	<i>42</i>
<i>Rozdział X Prawa dziecka</i>	<i>44</i>
<i>Rozdział XI Postępowanie w razie śmierci pacjenta w Szpitalu</i>	<i>45</i>
<i>Rozdział XII Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność lecniczą.....</i>	<i>47</i>
<i>Rozdział XIII Zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej.....</i>	<i>47</i>
<i>Rozdział XIV Zasady stosowania monitoringu wizyjnego</i>	<i>51</i>
DZIAŁ V ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH	52
<i>Rozdział I Zadania wspólne komórek organizacyjnych</i>	<i>52</i>
<i>Rozdział II Pion Lecznictwa</i>	<i>53</i>
<i>Rozdział III Komórki organizacyjne działalności medycznej oraz pomocniczej</i>	<i>57</i>
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	57
Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	59
Oddział Chirurgii Naczyń	60
Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych.....	61
Oddział Chirurgii Plastycznej	62
Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologii	63
Oddział Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit	63
Oddział Chirurgii Szcękowo - Twarzowej.....	64
Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej.....	65
Oddział Nefrologii.....	66
Oddział Neurologii.....	66
Pododdział Udarowy	67
Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	67
Kliniczny Oddział Okulistyki	68
Oddział Okulistyki Dziecięcej.....	68
Pracownia Laseroterapii.....	69
Oddział Rehabilitacji Medycznej	69
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej.....	69

Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej.....	69
Kliniczny Oddział Reumatologii i Immunologii Klinicznej.....	70
Oddział Kardiologii Ogólnej.....	71
Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej.....	71
Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej.....	72
Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy.....	72
Pracownia Bronchoskopii.....	73
Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii.....	73
Oddział Toksykologii z Ośrodkiem Ostkich Zatrucí.....	73
Szpitalny Oddział Ratunkowy.....	74
Izba Przyjęć.....	76
Centralny Trakt Operacyjny.....	76
Zespół Pracowni Radiologii Zabiegowej.....	77
Zespół Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii, Elektrofizjologii i Urządzeń Wszczepialnych.....	77
Bank Tkanek i Komórek.....	77
Apteka Szpitalna.....	78
Zespół Przychodni Przychodni Specjalistycznych.....	80
Zespół Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych.....	82
Zespół Pracowni Diagnostycznych.....	82
Zakład Diagnostyki Obrazowej.....	83
Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej.....	84
Zespół Domowego Leczenia Tlenem.....	85
Zespół Psychologów.....	85
Zakład Rehabilitacji.....	86
Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej.....	86
Stacja Dializ.....	87
Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta.....	87
Koordinator ds. Transplantologii.....	87
Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych.....	88
Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.....	88
Zakład Patomorfologii.....	89
Koordinator ds. onkologii.....	89

Transport Zewnętrzny	89
<i>Rozdział IV Pion Naczelnej Pielęgniarki</i>	<i>90</i>
Naczelna Pielęgniarka	90
Pracownik Socjalny	93
<i>Rozdział V Pion Dyrektora</i>	<i>93</i>
Dział Kadr	93
Dział Organizacji i Zarządzania Jakością	95
Dział Audytu i Kontroli Zarządczej i Wewnętrznej	101
Dział Rozliczeń, Kontraktowania i Statystyki Medycznej	104
Służba BHP	105
<i>SAMODZIELNE STANOWISKA:</i>	<i>107</i>
Inspektor Ochrony Danych Osobowych	107
Inspektor ds. Obronnych i Rezerw	109
Inspektor ochrony radiologicznej	110
Pełnomocnik do spraw Informacji Niejawnych	111
Kapelan Szpitalny	112
Biuro Prasowe	113
Radcy Prawni	114
<i>ROZDZIAŁ VI Pion Dyrektora ds. Ekonomicznych</i>	<i>114</i>
Dyrektor ds. Ekonomicznych	114
Główny Księgowy	115
Dział Kosztów i Controllingu	120
Sekcja Inwentaryzacji	121
Dział Zamówień Publicznych	122
Dział Zarządzania Systemami IT	122
Dział Nadzoru nad Aparaturą Medyczną	125
<i>ROZDZIAŁ VII Struktura Pionu Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych</i>	<i>125</i>
Dyrektor ds. Administracyjno-Technicznych	126
Dział Rozwoju i Pozyskiwania Funduszy	127
Dział Zaopatrzenia	128
Dział Techniczny	130

Dział Administracyjno – Gospodarczy	132
Koordinator ds. dostępności	134
Inspektor nadzoru budowlanego	134
<i>Załączniki</i>	<i>137</i>

DZIAŁ I POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1.

Zakres przedmiotowy

Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, zwany dalej „Regulaminem” określa w szczególności:

1. Nazwę Szpitala.
2. Cele i zadania.
3. Strukturę organizacyjną Szpitala, w tym strukturę zakładów leczniczych, komórek organizacyjnych działalności niemedycejszej i pomocniczej oraz samodzielnych stanowisk pracy.
4. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.
5. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych i zakładów leczniczych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
8. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
9. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
10. Organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.
11. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz od podmiotów na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
12. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z obowiązującymi przepisami udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

13. Sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi i zakładami leczniczymi Szpitala.

§ 2.

Definicje

Ilekoć w Regulaminie jest mowa o:

1. Szpitalu, świadczeniodawcy – rozumie się przez to Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.
2. Zakładzie leczniczym Szpitala – rozumie się przez to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.
3. Szpitalu im. św. Barbary – zakład leczniczy Szpitala w ramach, którego wykonywane są stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne.
4. Ambulatorium im. św. Barbary – zakład leczniczy Szpitala w ramach, którego wykonywane są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
5. Dyrektorze Szpitala lub Dyrektorze - rozumie się przez to kierownika Szpitala.
6. Komórkach organizacyjnych Szpitala, należy przez to rozumieć:
 - a) komórki organizacyjne działalności medycznej,
 - b) komórki organizacyjne administracyjne,
 - c) komórki organizacyjne eksploatacyjno-techniczne,
 - d) komórki organizacyjne księgowo-finansowe,
 - e) komórki organizacyjne działalności pomocniczej,
 - f) samodzielne stanowiska pracy.
7. Dokumentacji medycznej – dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Pacjencie – pacjent w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Świadczeniu zdrowotnym - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
10. Lekarzu - rozumie się przez to lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w Szpitalu.

11. Lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej - rozumie się przez to lekarza, który spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
12. Podstawowej opiece zdrowotnej - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.
13. Ambulatoryjnej opiece zdrowotnej - rozumie się przez to udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.
14. Badaniu diagnostycznym - rozumie się przez to badania, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
15. Leku - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo Farmaceutyczne.
16. NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia.
17. Przedstawicielu ustawowym - rozumie się przez to osobę, która z mocy prawa lub orzeczenia sądu jest powołana w określonym zakresie wskazanym przez ustawę do sprawowania pieczy i reprezentowania pacjenta (np. rodzice).
18. Centrum urazowym - wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego.
19. Pacjencie urazowym - osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała.

§ 3.

Nazwa oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
2. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej utworzonym przez Województwo Śląskie.
3. Organem sprawującym nadzór nad działalnością Szpitala jest Województwo Śląskie -

Zarząd Województwa Śląskiego.

4. Nazwa Szpitala brzmi: „Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu”.
5. W skład Szpitala wchodzi następujące zakłady lecznicze, w których jest wykonywana działalność lecznicza:
 - a) Szpital im. św. Barbary,
 - b) Ambulatorium im. św. Barbary.
6. W skład zakładów wchodzi jednostki:
 - a) Zakład *Szpital im. św. Barbary* składa się z następujących jednostek:
 - Szpital im. św. Barbary
 - b) Zakład *Ambulatorium im. św. Barbary* składa się z następujących jednostek:
 - Ambulatorium św. Barbary
 - Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej
 - Zakład Patomorfologii
 - Zakład Diagnostyki Obrazowej
7. Szpital posiada osobowość prawną i jest wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000003544.
8. Szpital wpisany jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod numerem 000000014060.
9. Siedzibą Szpitala oraz zakładów leczniczych Szpitala jest miasto Sosnowiec, Plac Medyków 1.
10. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych przez zakłady lecznicze Szpitala jest: Sosnowiec, Plac Medyków 1.

§ 4.

Podstawy prawne

Szpital działa na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy.
2. Kodeksu Cywilnego.

3. Statutu Szpitala.
4. Innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

DZIAŁ II CELE I ZADANIA ORAZ RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

§ 5.

Cele

1. Celem działania Szpitala jest:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
 - b) promocja zdrowia.
2. Nadrzędnym celem Szpitala jest działanie ukierunkowane na utrzymanie wysokiego poziomu jakości świadczonych usług zgodnie z oczekiwaniami pacjentów.
3. Szpital uzyskał certyfikaty potwierdzające spełnienie wymagań Normy ISO 9001, ISO/IEC 27001 w zakresie świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, świadczeń odrębnie kontraktowanych, rehabilitacji leczniczej, chemioterapii w trybie hospitalizacji jednego dnia i ambulatoryjnym, programów lekowych, świadczeń kompleksowych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, profilaktycznych programów zdrowotnych, programów pilotażowych, diagnostyki laboratoryjnej, radiologii zabiegowej, diagnostyki obrazowej i inwazyjnej, apteki szpitalnej realizowane w komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.
4. Misja Szpitala brzmi: „Naszym celem – ratowanie życia i zdrowia pacjentów”.

§ 6.

Zadania

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) prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, szkoleń oraz innych form kształcenia;
- 8) 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;
- 9) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób;
- 10) prowadzenie badań i prac rozwojowych oraz rozpowszechnianie ich wyników przez działalność dydaktyczną, publikacje lub transfer technologii;
- 11) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
- 12) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności;
- 13) pełnienie funkcji Centrum Urazowego dla Województwa Śląskiego;
- 14) prowadzenie staży specjalizacyjnych w Oddziałach wpisanych na listę prowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia.

§ 7.

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

1. Szpital wykonuje działalność leczniczą w rodzaju:
 - a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych udziela się w zakresie:
 - anestezjologii i intensywnej terapii;
 - ortopedii i traumatologii narządów ruchu;
 - chirurgii naczyń;
 - chirurgii ogólnej;
 - chirurgii plastycznej;
 - chirurgii szczękowo-twarzowej;

- otolaryngologii;
- neurochirurgii;
- urologii;
- okulistyki;
- chorób wewnętrznych;
- diabetologii;
- rehabilitacji medycznej;
- rehabilitacji neurologicznej;
- gastroenterologii;
- nefrologii;
- neurologii;
- kardiologii;
- rehabilitacji kardiologicznej;
- reumatologii;
- pulmonologii;
- onkologii klinicznej i chemioterapii;
- toksykologii klinicznej;
- medycyny ratunkowej;
- radiologii zabiegowej;
- diagnostyki obrazowej;
- diagnostyki laboratoryjnej;
- diagnostyki endoskopowej;
- dializoterapii.

3. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w zakresie:

- gastroenterologii,
- nefrologii;
- reumatologii;
- otolaryngologii;
- chirurgii naczyń;
- chirurgii szczękowo-twarzowej;
- okulistyki;
- neurologii;
- neurochirurgii;

- chirurgii ogólnej;
- proktologii;
- ortopedii i traumatologii narządów ruchu;
- chirurgii plastycznej;
- urologii;
- rehabilitacji medycznej;
- medycyny pracy;
- leczenia bólu;
- diabetologii;
- kardiologii;
- onkologii;
- pulmonologii;
- żywienia dojelitowego i pozajelitowego;
- stomatologii;
- chorób wewnętrznych;
- medycy sportowej;
- nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- diagnostyki laboratoryjnej;
- diagnostyki obrazowej;
- diagnostyki endoskopowej;
- rehabilitacji;
- dializoterapii.

§ 8.

Centrum Urazowe

1. Szpital pełni funkcję Centrum Urazowego dla Województwa Śląskiego.
2. Centrum Urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała.
3. Centrum Urazowe zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:

- a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
 - b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
 - c) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę,
 - d) oddziałów, w szczególności:
 - chirurgii ogólnej i obrażeń wielonarządowych,
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - neurochirurgii,
 - chirurgii naczyń.
4. Centrum Urazowe zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, czynnej całą dobę.
 5. Centrum Urazowe zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń.
 6. Centrum Urazowe dysponuje lądowiskiem dla śmigłowców ratunkowych, zlokalizowanym w odległości umożliwiającej przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.
 7. W Centrum Urazowym świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 2 są udzielane pacjentowi urazowemu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty zwany dalej „zespołem urazowym”.
 8. Zespół Urazowy zaleca wskazania, co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego w oddziale szpitala lub kieruje do innego podmiotu leczniczego właściwego ze względu na jego stan zdrowia.
 9. W skład zespołu urazowego wchodzi, co najmniej:
 - a) lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej,
 - b) lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w leczeniu pacjenta urazowego w szczególności

chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii naczyniowej,

- c) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

10. Szczegółowy zakres działania Zespołu Urazowego został określony odpowiednim Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

DZIAŁ III ORGANIZACJA ZARZĄDZANIA

Rozdział I Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi

§ 9.

1. Organami Szpitala są:
 - a) Dyrektor,
 - b) Rada Społeczna.
2. Zarząd Województwa Śląskiego nawiązuje stosunek pracy z Dyrektorem Szpitala na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
3. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył Szpital oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala. Zakres działania Rady Społecznej i obowiązki członków Rady określa Regulamin Rady Społecznej.

§ 10.

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 funkcję pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy.
3. Dyrektor zawiera w imieniu Szpitala wszystkie umowy cywilnoprawne w oparciu o obowiązujące przepisy.
4. Dyrektor Szpitala upoważniony jest do składania jednoosobowo oświadczeń woli oraz podpisywania umów i zobowiązań wobec osób trzecich.
5. Dyrektor Szpitala zapewnia warunki do sprawnego funkcjonowania Szpitala, a także właściwą organizację pracy.

6. Dyrektor Szpitala ma prawo ustanowić zastępstwo:
 - a) na czas choroby, w związku z usprawiedliwioną nieobecnością lub z powodu innych ważnych przyczyn,
 - b) do wykonywania określonych czynności faktycznych i prawnych w sposób jednorazowy lub trwały.
7. Dyrektor może ustanowić pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz dokonania określonych czynności prawnych w imieniu Szpitala przez ustalenie zakresu i czasu ich umocowania.
8. Ustanowienie zastępstwa i pełnomocnictwa następuje z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Do wyłącznej kompetencji Dyrektora Szpitala należy:
 - a) wydawanie zarządzeń wewnętrznych, poleceń i decyzji,
 - b) ustalenie regulaminu gospodarowania środkami zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz zakładowego regulaminu wynagradzania, regulaminu pracy w uzgodnieniu z zakładowymi organizacjami związkowymi,
 - c) podejmowanie czynności z zakresu prawa pracy, w tym dotyczących nawiązywania i rozwiązywania stosunku pracy wobec wszystkich pracowników Szpitala,
 - d) powoływanie i odwoływanie swoich zastępców,
 - e) aprobata materiałów opracowywanych na rzecz organów administracji rządowej, samorządowej i innych organów,
 - f) powoływanie komisji i innych zespołów w oparciu o przepisy szczegółowe oraz ustalanie ich składów osobowych,
 - g) dysponowanie środkami finansowymi oraz mieniem Szpitala,
 - h) administrowanie zakładowym funduszem świadczeń socjalnych Szpitala,
 - i) zapewnienie pracownikom Szpitala bezpiecznych i higienicznych warunków pracy.

§ 11.

1. Dyrektor Szpitala kieruje Szpitalem przy pomocy:
 - a. Dyrektora ds. Medycznych,
 - b. Dyrektora ds. Ekonomicznych,
 - c. Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych
 - d. Naczelnej Pielęgniarki,
 - e. Pełnomocnika Dyrektora ds. projektów i planowania operacyjnego,

- f. Głównego Księgowego,
 - g. Kierowników komórek organizacyjnych.
2. Zastępcy Dyrektora tj. Dyrektor ds. Ekonomicznych, Dyrektor ds. Medycznych, Dyrektor ds. Administracyjno-Technicznych oraz Naczelną Pielęgniarką i Pełnomocnik Dyrektora ds. projektów i planowania operacyjnego, realizują wyznaczone przez Dyrektora Szpitala zadania, zapewniają w powierzonych im zakresach kompleksowe rozwiązywanie problemów oraz nadzorują działalność podległych im komórek i jednostek organizacyjnych oraz stanowisk pracy.
 3. Funkcjonowanie Szpitala opiera się na zasadzie podziału czynności i indywidualnej organizacji odpowiedzialności za wykonanie powierzonych zadań.
 4. Dyrektor wykonuje swoje zadania za pomocą komórek i jednostek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy, powiązanych ze sobą funkcjonalnie i strukturalnie.
 5. Dyrektor podejmuje decyzje o powołaniu w danej komórce organizacyjnej kierownika.
 6. Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach, kierują powierzonym im zakresem prac i są odpowiedzialni za ich wykonanie przed bezpośrednim przełożonym.
 7. Pracą oddziału kieruje Kierownik, który bezpośrednio podlega Dyrektorowi ds. Medycznych, a ponadto osoby kierujące oddziałami są bezpośrednimi zwierzchnikami personelu lekarskiego i pośrednio pozostałego personelu pracującego w oddziale.
 8. Kierownik Oddziału upoważniony jest do kierowania oddziałem, a w szczególności do wydawania poleceń personelowi danej komórki organizacyjnej oraz odpowiada za organizację i funkcjonowanie oddziału pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym.
 9. Kierownik Oddziału sprawuje nadzór merytoryczny nad pracą komórek wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, pozostających w związku z zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oddziały.
 10. Pracę kadry pielęgniarskiej, ratowników medycznych, opiekunów medycznych i sanitariuszy organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa, której pracę nadzoruje bezpośrednio Naczelną Pielęgniarką.
 11. Szczegółowe zakresy zadań pracowników określone są w indywidualnych zakresach obowiązków zamieszczonych w aktach osobowych. Opisy stanowisk pracy dostępne są w Dziale Kadr.

§ 12.

Zasady i organizacja sposobu zarządzania kadrami w zakresie planowania zatrudnienia, adaptacji zawodowej, oceny pracownika, organizacji na stanowisku pracy, wyznaczania zastępstwa, określone są Zarządzeniem Dyrektora.

Rozdział II Struktura organizacyjna

§ 13.

1. Organizację wewnętrzną Szpitala i zakładów leczniczych Szpitala oraz zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych ustala Dyrektor Szpitala.
2. Struktura organizacyjna podzielona jest na piony:
 - a) Pion Lecznictwa – na czele którego stoi Dyrektor ds. Medycznych;
 - b) Pion Pielęgniarstwa – na czele którego stoi Naczelną Pielęgniarka;
 - c) Pion Organizacyjno-Prawny, Polityki Personalnej, Jakości i Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych - na czele, którego stoi Dyrektor;
 - d) Pion Zarządzania Kapitałem - na czele którego stoi Dyrektor ds. Ekonomicznych
 - e) Pion Administracyjno-Techniczny – na czele którego stoi Dyrektor ds. Administracyjno-Technicznych.
3. Pion Lecznictwa ze względu na rodzaj działalności stanowią następujące zakłady lecznicze:
 - a) Szpital im. św. Barbary
 - b) Ambulatorium im. św. Barbary.
4. W strukturze każdego pionu wyróżnia się działy, w których skład mogą wchodzić komórki organizacyjne – sekcje.
5. Komórki organizacyjne wyodrębnione w schemacie organizacyjnym, mogą posiadać wewnętrzną strukturę organizacyjną (sekcje, pracownie), uzależnioną od zakresu i rodzaju wykonywanych przez komórkę zadań. O powołaniu sekcji, pracowni decyduje Dyrektor bądź właściwy Zastępca Dyrektora na wniosek kierownika komórki organizacyjnej. Schemat organizacyjny stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.

§ 14.

Struktura Pionu Lecznictwa

I. Dyrektor ds. Medycznych

II. Zakład Leczniczy Szpital im. św. Barbary:

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 18 łóżek, w tym 18 łóżek intensywnej terapii
- 2) Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej – 38 łóżek
- 3) Oddział Chirurgii Naczyń – 25 łóżka w tym 3 łóżka intensywnej opieki medycznej
- 4) *Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych – 44 łóżka – zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 46/2026 – obowiązuje od dnia 9.03.2026 r.*
- 5) Oddział Chirurgii Plastycznej – 8 łóżek
- 6) Oddział Chirurgii Szczękowo - Twarzowej – 8 łóżek
- 7) Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej – 9 łóżek
 - a) Pracownia Audiometrii
- 8) Oddział Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Diabetologii – 52 łóżka (w tym 4 intensywnej opieki medycznej)
- 9) Oddział Rehabilitacji Medycznej – 8 łóżek
- 10) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 20 łóżka – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 46/2026 – obowiązuje od dnia 9.03.2026 r.*
- 11) Oddział Gastroenterologii Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit – 27 łóżek – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 46/2026 – obowiązuje od dnia 9.03.2026 r.*
- 12) Oddział Nefrologii – 24 łóżka
- 13) Oddział Neurologii – 18 łóżek, w tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 322/2025 – obowiązuje od dnia 3.11.2025 r.*
 - a) Pododdział Udarowy – 24 łóżka, w tym 8 łóżek intensywnej opieki medycznej – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 322/2025 – obowiązuje od dnia 3.11.2025 r.*
- 14) Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny – 44 łóżka – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 322/2025 – obowiązuje od dnia 1.10.2025 r.*
- 15) Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej – 28 łóżek

16) Kliniczny Oddział Okulistyki – 18 łóżek (oraz 10 miejsc pobytu dziennego) – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 46/2026 – obowiązuje od dnia 9.03.2026 r.*

a) Oddział Okulistyki Dziecięcej – 2 łóżka dziecięce

b) Pracownia Laseroterapii

17) Oddział Kardiologii Ogólnej – 31 łóżek, w tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej

18) Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej – 14 łóżek, w tym 14 łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego

19) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej – 20 łóżek

20) Kliniczny Oddział Reumatologii i Immunologii Klinicznej – 10 łóżek – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 46/2026 – obowiązuje od dnia 9.03.2026 r.*

21) Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy – 20 łóżek

a) Pracownia Bronchoskopii

22) Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii – 18 łóżek, w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej oraz 7 miejsc pobytu dziennego

23) Oddział Toksykologii z Ośrodkiem Ostrego Zatrucia – 10 łóżek, w tym 6 łóżek intensywnej opieki toksykologicznej – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 46/2026 – obowiązuje od dnia 9.03.2026 r.*

24) Szpitalny Oddział Ratunkowy – 6 łóżek, w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej

25) Izba Przyjęć

26) Centralny Trakt Operacyjny

27) Bank Tkanek i Komórek

28) Apteka Szpitalna

29) Zespół Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii, Elektrofizjologii i Urządzeń

Wszczepialnych stanowią:

a) Pracownia Hemodynamiki,

b) Pracownia Elektrofizjologii i Ablacji,

c) Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca,

d) Pracownia Elektroterapii.

30) Zespół Pracowni Radiologii Zabiegowej stanowią:

b) Pracownie Radiologii Zabiegowej.

III. Zakład leczniczy Ambulatorium im. św. Barbary:

Zespół Przystpitalnych Przychodni Specjalistycznych stanowią:

- 1) Poradnia Gastroenterologiczna
- 2) Poradnia Nefrologiczna
- 3) Poradnia Reumatologiczna
- 4) Poradnia Otolaryngologiczna
- 5) Poradnia Chirurgii Naczyń
- 6) Poradnia Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej
- 7) Poradnia Okulistyczna
- 8) Poradnia Neurologiczna
- 9) Poradnia Neurochirurgiczna
- 10) Poradnia Chirurgii Ogólnej
- 11) Poradnia Proktologiczna
- 12) Poradnia Urazowo – Ortopedyczna
- 13) Poradnia Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej
- 14) Poradnia Urologiczna
- 15) Poradnia Rehabilitacji Medycznej
- 16) Poradnia Medycyny Pracy
- 17) Poradnia Leczenia Bólu
- 18) Poradnia Diabetologiczna (cukrzycowa) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej
- 19) Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Rytmu Serca
- 20) Poradnia Onkologiczna
- 21) Poradnia Dermatologiczna – konsultacyjna
- 22) Poradnia Ginekologiczna – konsultacyjna
- 23) Poradnia Endokrynologiczna - konsultacyjna
- 24) Poradnia Anestezjologiczna – konsultacyjna
- 25) Poradnia Alergologiczna
- 26) Poradnia Pulmonologiczna
- 27) Poradnia Okulistyczna dla Dzieci
- 28) Poradnia Żywieniowa
- 29) Poradnia Stomatologiczna
- 30) Poradnia Medycyny Sportowej
- 31) Poradnia Chorób Wewnętrznych
- 32) Poradnia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit
- 33) Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

- 34) Poradnia Neurologiczna – Poradnia Leczenia Choroby Parkinsona i innych chorób pozapiramidowych *dodano Zarządzeniem Dyrektora nr 239/2025 – obowiązuje od dnia 01.08.2025 r.*

Zespół Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych stanowią:

- 1) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Otolaryngologicznej
- 2) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Naczyń
- 3) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej
- 4) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Okulistycznej
- 5) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Okulistycznej dla Dzieci
- 6) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Ogólnej
- 7) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Onkologicznej
- 8) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Proktologicznej
- 9) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe z Gipsownią dla Poradni Urazowo-Ortopedycznej
- 10) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej
- 11) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Urologicznej
- 12) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Neurochirurgicznej, Poradni Reumatologicznej, Poradni Pulmonologicznej, Poradni Żywniowej, Poradni Diabetologicznej (cukrzycowej) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej, Poradni Gastroenterologicznej, Poradni Neurologicznej.

Zespół Pracowni Diagnostycznych stanowią:

- 1) Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego
- 2) Pracownia Densytometrii
- 3) Pracownia Dopplerowska
- 4) Pracownia Perymetrii
- 5) Pracownia Angiografii Oka
- 6) Pracownie Ultrasonografii
- 7) Pracownia Elektroencefalografii
- 8) Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych
- 9) Pracownia UKG

- 10) Pracownia Badań Czynnościowych Układu Krążenia
- 11) Pracownia Echokardiografii Przezprzełykowej

IV. Zakład Diagnostyki Obrazowej stanowią:

1. Pracownia Rentgenodiagnostyki,
2. Pracownia Tomografii Komputerowej,
3. Pracownia Rezonansu Magnetycznego
4. Pracownia Ultrasonografii.

V. Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej:

- a) Zakład Mikrobiologii
- b) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej
- c) Bank Krwi
- d) Zakład Analityki Medycznej
- e) Pracownia Toksykologii
- f) Pracownia Chromatografii
- g) Zakład Farmakogenetyki - *dodano Zarządzeniem Dyrektora nr 322/2025 –
obowiązuje od dnia 1.10.2025 r.*

VI. Zakład Patomorfologii:

- a) Pracownia histopatologiczna;
- b) Prosektorium.

VI. Pozostałe jednostki i komórki organizacyjne stanowią:

- 1) Zespół Domowego Leczenia Tlenem
- 2) Zespół Psychologów
- 3) Zakład Rehabilitacji
 - a) Dział (pracownia) fizjoterapii
 - b) Ośrodek rehabilitacji dziennej
- 4) Stacja Dializ – 15 stanowisk
- 5) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej

VII. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta

VIII. Koordynator ds. Transplantologii

IX. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych

X. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

XI. Koordynator ds. onkologii

XII. Transport Zewnętrzny

XIII. Konsultant ds. antybiotykoterapii

§ 15.

Struktura Pionu Naczelnej Pielęgniarki

I. Zespół Pielęgniarski

II. Sekcja ds. Żywienia

III. Pracownik Socjalny

IV. Usługi Zewnętrzne :

- 1) Żywienie
- 2) Centralna sterylizacja
- 3) Usługi higieny szpitalnej
- 4) Usługi pralnicze

§ 16.

Struktura Pionu Dyrektora

I. Dział Kadr

II. Dział Organizacji i Zarządzania Jakością

- Sekretariaty Dyrektorów *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.*

III. Dział Audytu, Kontroli Zarządczej i Wewnętrznej

IV. Dział Rozliczeń, Kontraktowania i Statystyki Medycznej

V. Służba BHP

VI. Samodzielne Stanowiska

- 1) Inspektor Ochrony Danych Osobowych
- 2) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw

- 3) Inspektor Ochrony Radiologicznej
- 4) Pełnomocnik do spraw informacji niejawnych
- 5) Kapelan Szpitalny

VII. Radcy Prawni

VIII. Biuro Prasowe

IX. Dział Zarządzania Dokumentacją - *dodane Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025
obowiązuje od 1.01.2026 r.*

- Archiwum
- Kancelaria Ogólna
- Sekretariaty Oddziałów

§ 17.

Struktura Pionu Dyrektora ds. Ekonomicznych

I. Główny Księgowy

II. Dział Finansowo-Księgowy:

- 1) Sekcja Rachunkowości Finansowej
- 2) Sekcja Płac

III. Dział Kosztów i Controllingu

IV. Sekcja Inwentaryzacji

V. Dział Zamówień Publicznych

VI. Dział Zarządzania Systemami IT

VII. Dział Nadzoru nad Aparaturą Medyczną

§ 18.

Struktura Pionu Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych

I. Dział Rozwoju i Pozyskiwania Funduszy

II. Dział Techniczny

- 1) Sekcja Dyspozytornia Techniczna
- 2) Sekcja Klimatyzacji i Wentylacji
- 3) Sekcja Gazów Medycznych
- 4) Sekcja Energetyczna
- 5) Sekcja Elektryczna
- 6) Sekcja Remontowo-Budowlana

III. Specjalista P/Pož.

IV. Dział Zaopatrzenia

V. Dział Administracyjno-Gospodarczy

VI. Koordynator ds. Dostępności

VII. Inspektor nadzoru inwestorskiego ds. budowlanych - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.*

§ 19.

Pełnomocnik Dyrektora ds. projektów i planowania operacyjnego

Zakres zadań:

1. Opracowywanie planów operacyjnych działań wymagających współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Przygotowywanie założeń projektowych we współpracy z komórkami organizacyjnymi Szpitala odpowiedzialnymi za dany zakres projektowy.
3. Uczestnictwo w komisjach i zespołach projektowych.
4. Koordynowanie z ramienia Dyrektora działań operacyjnych i nadzór nad prowadzonymi w Szpitalu projektami.
5. Nadzór nad przestrzeganiem procedur oraz tworzenie końcowych raportów.
6. Monitorowanie efektywności wdrażanych projektów.
7. Nadzór nad przestrzeganiem harmonogramów podczas realizacji projektów.
8. Nadzór nad rozliczaniem rzeczowym i finansowym projektów.
9. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi, w szczególności z instytucjami zarządzającymi projektem oraz innymi podmiotami biorącymi udział w działaniach projektowych.

10. Nadzór nad terminowym sporządzaniem planów i sprawozdań operacyjnych.
11. Inicjowanie działań mających na celu poprawę realizacji działań operacyjnych.
12. Wspomaganie Dyrektora w zakresie bieżącego planowania operacyjnego.
13. Współpraca z Dyrektorami Pionów.
14. Współpraca z radcami prawnymi oraz innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji działań projektowych oraz planowania operacyjnego.
15. Wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową, nieobjętych niniejszym zakresem.

DZIAŁ IV PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rozdział I Udzielanie świadczeń zdrowotnych

§ 20.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jest realizowane w ramach działalności oddziałów, poradni, pracowni, zakładów, innych komórek działalności medycznych.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pacjent ubiegający się o świadczenie podlega weryfikacji w systemie eWUŚ. Niepotwierdzenie prawa pacjenta do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych stanowi podstawę do udzielenia pacjentowi świadczenia odpłatnie, chyba że potwierdzi on swój status ubezpieczenia na podstawie innego dokumentu.

§ 21.

1. Szpital zapewnia pacjentowi uprawnionemu do bezpłatnych świadczeń:
 - a) świadczenia zdrowotne obejmujące badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitację, opiekę pielęgniarską,

- b) leki i wyroby medyczne zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i praktyki medycznej w sposób nie przekraczający granic koniecznej potrzeby,
 - c) pomieszczenie wraz z wyżywieniem odpowiednim do stanu zdrowia,
 - d) bieliznę szpitalną.
2. W ramach leczenia szpitalnego pacjentowi uprawnionemu do bezpłatnych świadczeń zapewnia się ponadto bezpłatny przejazd środkiem transportu sanitarnego w przypadkach:
- a) przewozu pacjenta do innego podmiotu leczniczego wynikającej z potrzeby zachowania ciągłości leczenia, w tym przewozu pacjenta do innego podmiotu leczniczego w celu konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badań diagnostycznych,
 - b) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
 - c) przewozu chorych z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego podmiotu udzielającego w tym zakresie świadczeń.
3. Szczegółowe zasady korzystania z transportu sanitarnego nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub pełnopłatnie zostały określone Zarządzeniem Dyrektora.
4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza poprzez zlecenie konsultacji specjalistycznej.
5. Zasady przeprowadzania i zlecenia konsultacji specjalistycznych zostały unormowane odrębnym Zarządzeniem Dyrektora.

§ 22.

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Opłaty za świadczenia zdrowotne niefinansowane ze środków publicznych ustalane są w oparciu o cennik obowiązujący w Szpitalu bądź na podstawie indywidualnej wyceny kosztów świadczenia.

3. Świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia gwarantowane określone przez odrębne przepisy nie mogą naruszać regulacji kolejkowych obowiązujących w Szpitalu i winny być wykonywane w ramach wolnych pomieszczeń, sprzętu, aparatury i możliwości personelu.
4. Opłata dokonywana jest przez pacjenta w kasie Szpitala bądź przelewem na konto bankowe Szpitala na podstawie wystawionego rachunku.
5. Rachunek, o którym mowa w ust. 4 wystawia Dział Finansowo-Księgowy na podstawie wykazu udzielonych świadczeń zdrowotnych dostarczanego przez odpowiednie komórki organizacyjne.
6. Cennik Usług Medycznych i Innych Usług, Cennik Zakładu Diagnostyki Obrazowej oraz Cennik udostępniania dokumentacji medycznej znajdują się w miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów oraz dostępne są na stronie internetowej Szpitala.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6 stanowią integralne części do niniejszego Regulaminu.

Rozdział II Przyjęcie do Szpitala pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego

§ 23.

1. Leczenie szpitalne realizowane jest na podstawie skierowania lekarza, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym.
2. Lekarz kierujący uzasadnia konieczność hospitalizacji na skierowaniu.
3. Świadczenia zdrowotne w szpitalu są udzielane bez skierowania w razie wypadków, zatruc, urazów, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji.
4. Pacjent ma prawo wyboru szpitala.
5. Lekarz kierujący ma obowiązek wskazania pacjentowi szpitali, w których może być podjęte leczenie szpitalne.
6. Przyjęcie do oddziału szpitalnego, w przypadku braku wolnych miejsc, odbywa się w terminie uzgodnionym z pacjentem.
7. Ustaloną datę planowego przyjęcia oraz nazwę oddziału wpisuje się do księgi oczekujących na przyjęcie do Szpitala.
8. Szpital jest zobowiązany do zgłoszenia, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - a) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo

opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,

b) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

9. Zawiadomienia, o którym mowa w ust. 8 dokonuje osoba kierująca oddziałem lub wyznaczony lekarz a w przypadku bezwzględnej pilności przekazania takiej informacji lekarz dyżurny oddziału.

§ 24.

1. Pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego powinien podać kod dostępu znajdujący się na wystawionym przez lekarza e-skierowaniu na leczenie szpitalne. E-skierowanie powinno zawierać rozpoznanie oraz inne informacje. Pacjent powinien przedstawić posiadaną dokumentację medyczną (w tym wyniki badań).
2. Jeżeli w chwili zgłoszenia się pacjenta lekarz dyżurny oddziału, na którym pacjent ma być hospitalizowany nie rozporządza wolnymi łózkami, lekarz dyżurny sam lub w porozumieniu z osobą kierującą oddziałem ustala przybliżony termin przyjęcia do szpitala.
3. Terminarz przyjęć do Szpitala jest prowadzony przez sekretariaty oddziałów i udostępniany dla Izby Przyjęć.
4. Oddziały są obowiązane, w miarę możliwości rezerwować odpowiednią liczbę łóżek dla pacjentów oczekujących na przyjęcie wpisanych w terminarz zgłoszeń.
5. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.
6. Informacja o wolnych łózkach raportowana jest przez Oddziały do wewnętrznego systemu. Szpitalny Oddział Ratunkowy ma dostęp do informacji na temat dostępności łóżek w szpitalu.

§ 25.

1. Przyjęcia pacjentów zakwalifikowanych do planowego leczenia szpitalnego odbywają się w Izbie Przyjęć zgodnie z harmonogramem wydanym Zarządzeniem Dyrektora.
2. Zasady postępowania w przypadku planowego przyjęcia pacjenta do szpitala zostały określone Zarządzeniem Dyrektora.

3. Pacjent ma prawo pozostawienia wartościowych rzeczy na czas swojego pobytu w Szpitalu w depozycie.
4. Zasady dotyczące prowadzenia i przechowywania depozytu i rzeczy wartościowych pacjenta zostały określone Zarządzeniem Dyrektora.
5. Za rzeczy wartościowe niezłożone przez pacjenta do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
6. Pacjent na czas swojej nieobecności w oddziale spowodowanej np. zabiegiem operacyjnym, koniecznością wykonania badań, ma prawo do zabezpieczenia osobistych rzeczy w oddziale.
7. Zasady zabezpieczenia rzeczy pacjenta w oddziale zostały określone Zarządzeniem Dyrektora.

Rozdział III Zasady pobytu pacjenta w oddziale

§ 26.

1. Na terenie Szpitala obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz innych używek.
2. Pacjent ma prawo do odwiedzin zgodnie z obowiązującym Regulamin odwiedzin wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora. Dokument dostępny jest na tablicach informacyjnych oraz na stronie internetowej szpitala.
3. Obowiązuje całkowity zakaz odwiedzin pacjentów przez osoby będące pod wpływem alkoholu lub innych używek.
4. Osoby odwiedzające pacjentów są obowiązane do pozostawiania odzieży wierzchniej w szatni Szpitala.
5. Pacjenci, w przypadku konieczności opuszczenia oddziału, zobowiązani są do informowania o tym fakcie personelu medycznego i uzyskania zgody lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
6. Pacjentów obowiązuje zakaz opuszczania oddziału w trakcie wizyt lekarskich wyznaczonych przez osobę kierującą oddziałem. Podczas wizyt lekarskich pacjent jest obowiązany do przebywania w sali chorych.
7. Pacjenci są zobowiązani do przestrzegania przedstawionego przez personel medyczny planu dnia i stosowania się do bieżących zaleceń personelu medycznego.
8. Pacjenci powinni wzajemnie szanować swoją godność, intymność i przekonania.

9. Obowiązuje zakaz korzystania w salach chorych z prywatnych odbiorników telewizyjnych, czajników, grzałek itp.
10. Pacjenci mogą korzystać z płatnej telewizji szpitalnej.
11. Na oddziale obowiązuje cisza nocna w godzinach od 22⁰⁰ do 6⁰⁰ dnia następnego.
12. Regulamin pobytu pacjenta pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu został określony odpowiednim Zarządzeniem Dyrektora.

Rozdział IV Zasady przenoszenia pacjenta z oddziału na oddział

§ 27.

1. O przeniesieniu pacjenta decyduje osoba kierująca oddziałem lub lekarz upoważniony, po uzyskaniu zgody osoby kierującej oddziałem lub lekarza upoważnionego w oddziale, do którego pacjent ma być przeniesiony.
2. Lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny przygotowuje Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.
3. Pielęgniarka opiekująca się pacjentem uzgadnia z pielęgniarką z oddziału przejmującego pacjenta tryb jego przekazania.
4. W przypadku pacjenta wymagającego zastosowania izolacji o zamiarze jego przeniesienia lekarz informuje: Dyrektora ds. Medycznych bądź uprawnionego przez Dyrektora Szpitala lekarza, natomiast w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy - lekarza dyżurnego Szpitala, a w każdym wypadku niezależnie od dnia i jego pory - Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
5. W ustalonym wcześniej terminie pielęgniarka opiekująca się pacjentem transportuje go wraz z jego rzeczami osobistymi na wyznaczony oddział.
6. Pacjent w stanie zagrożenia życia transportowany jest dodatkowo z lekarzem.
7. Szczegółowe zasady transportu pacjenta wewnątrz Szpitala zostały określone odpowiednim Zarządzeniem Dyrektora.

Rozdział V Wypisanie pacjenta ze Szpitala

§ 28.

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

- b) na żądanie pacjenta lub jej przedstawiciela ustawowego w formie pisemnej,
- c) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
 3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie.
 4. W przypadku braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
 5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
 6. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od terminu określonego przez Dyrektora Szpitala, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
 7. Po zakończonym leczeniu szpitalnym pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną z leczenia szpitalnego.
 8. Po zakończonym leczeniu szpitalnym, pacjent obejmowany jest opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty.

Rozdział VI Przyjęcie pacjenta przez Szpitalny Oddział Ratunkowy

§ 29.

1. W przypadkach nagłych o przyjęciu do Szpitala orzeka lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom przez lekarzy dyżurnych Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala w razie wypadków, urazów, zatruc stanów zagrożenia życia.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane przez Szpitalny Oddział Ratunkowy obejmują poradę lekarską, wykonanie w razie potrzeby niezbędnych zabiegów diagnostycznych i leczniczych.
4. Jeżeli stan zdrowia pacjenta powoduje konieczność wykonania specjalistycznej diagnostyki, lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego podejmuje decyzję o hospitalizacji.
5. Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentowi kierowanemu w trybie nagłym do Szpitala, przygotowanie pacjenta do hospitalizacji oraz przekazanie go na właściwy oddział, należy do pracowników Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
6. Jeżeli lekarz dyżurny stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem.
7. O dokonanym rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej.
8. Jeżeli lekarz dyżurny przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że jego uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa jest obowiązany bezzwłocznie powiadomić o danym przypadku Policję lub prokuratora.
9. Pacjenci nie zakwalifikowani do leczenia szpitalnego są informowani przez lekarza dyżurnego o dalszym sposobie postępowania a w miarę potrzeby otrzymują niezbędną pomoc doraźną.

§ 30.

1. Praca Szpitalnego Oddziału Ratunkowego trwa całą dobę. Zmiany personelu Szpitalnego

Oddziału Ratunkowego powinny się odbywać ściśle według harmonogramu ustalonego przez Dyrektora i osobę kierującą Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

2. Pacjent, który zarejestrował się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego poddawany jest segregacji medycznej przez lekarza systemu albo pielęgniarkę systemu albo ratownika medycznego.

3. W wyniku przeprowadzonej segregacji pacjent przydzielany jest do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia mu świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej "kategorią pilności", gdzie:

- a. kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- b. kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- c. kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- d. kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- e. kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

4. Pacjenci, którzy zostali przydzieleni do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowani z SOR do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z poniższymi zasadami:

a. Pacjenci, którzy zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być kierowani ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do miejsc świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

- w dniach od poniedziałku do piątku od godziny 8.00 do 18.00 do lekarza POZ;
- na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 rano dnia następnego; natomiast w soboty, niedziele i święta całodobowo.

b. Pacjenta kieruje się do w/w miejsc udzielania świadczeń po przeprowadzeniu triage.

c. W przypadku pacjentów poinformowanych o możliwości skorzystania z leczenia w POZ lub Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej, dane dotyczące wywiadu oraz stanu zdrowia pacjenta zostają umieszczone w Karcie Segregacji Medycznej ze wszystkimi danymi medycznymi i osobowymi pozyskanymi podczas segregacji.

d. Karta, o której mowa w podpunkcie 3 jest sporządzana oraz podpisywana przez ratownika medycznego, pielęgniarkę systemu lub lekarza systemu dokonującymi triage pacjenta.

e. Kopię Karty Segregacji Medycznej pacjent otrzymuje z adnotacją o skierowaniu do miejsc

udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

f. W Wykazie Głównym Przyjęć i Wypisów oraz w Rejestrze Pacjentów Odesłanych na etapie Triage należy umieścić informację o przekierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ze wskazaniem danych oraz informacji o stanie zdrowia pacjenta przekierowywanego.

g. Skierowanie pacjenta na niniejszych zasadach do lekarza POZ lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej nie jest odmową udzielenia świadczeń medycznych.

h. Pacjent może nie wyrazić zgody na odesłanie do lekarza POZ lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, w związku z czym oczekuje on na pierwszy kontakt z lekarzem zgodnie z poniższymi wytycznymi:

- Kolor zielony – do 120 minut;
- Kolor niebieski – do 240 minut.

i. Numer TOPSOR Pacjenta, który otrzymał skierowanie do lekarza POZ lub NIŚOZ zostaje usunięty z systemu przez osobę rejestrującą.

Rozdział VII Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

§ 31.

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują:
 - a) świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej,
 - b) świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym,
 - c) badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Szpital udziela ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach działalności poradni, pracowni, zakładów, innych komórek działalności medycznej.

§ 32.

Świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej

1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej realizowane są poprzez Zespół Przychodni Specjalistycznych w ramach działalności poradni.
2. Dni i godziny pracy poszczególnych poradni opracowane są na podstawie szczegółowych

harmonogramów i podane są do wiadomości pacjentów na tablicach ogłoszeń umieszczonych w rejestracjach Zespołu Przychodni Poradni Specjalistycznych oraz na drzwiach poszczególnych poradni.

3. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są przez Szpital pacjentom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:
 - a) dentysty;
 - b) onkologa;
 - c) dla osób chorych na gruźlicę;
 - d) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - e) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
 - f) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - g) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - h) dla weterana uszkodzonego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana uszkodzonego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - i) dla pacjentów do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej;
 - j) dla pacjentów posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - k) dla pacjentów posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami:

konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

5. W rejestracji poszczególnych poradni udzielane są informacje o:
 - a) zasadach udzielania świadczeń,
 - b) sposobie rejestracji,
 - c) nazwach poradni wraz ze wskazaniem ich lokalizacji, dniach i godzinach przyjęć,
 - d) nazwiskach lekarzy wraz z tygodniowym harmonogramem pracy i wyszczególnieniem godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń.
6. Rejestracja dokonywana jest osobiście przez pacjenta lub osobę wskazaną. Możliwa jest również rejestracja drogą telefoniczną oraz internetową.
7. Pacjent przyjmowany do poradni powinien posiadać:
 - a) dowód osobisty,
 - b) kod dostępu e-skierowania,
 - c) wyniki badań diagnostycznych wykonanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ, leżące w jego kompetencjach,
 - d) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, jeżeli pacjent był wcześniej hospitalizowany.
8. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu jego zgłoszenia się do poradni specjalistycznej, dokonuje się za jego zgodą wpisu do kolejki oczekujących na najbliższy wolny termin.
9. Pacjent ma prawo zmiany lekarza, który dysponuje pierwszym wolnym terminem w danej poradni, przy czym decydując się na powyższe pacjent świadomie wybiera pierwszy wolny termin u wybranego lekarza, który nie jest pierwszym wolnym terminem do poradni, adnotacja o decyzji pacjenta jest odnotowywana w prowadzonej kolejce oczekujących.
10. Lekarz prowadzący rezerwuje termin kolejnej wizyty, a jeśli to niemożliwe, robi to rejestracja poradni.
11. Pacjent ma obowiązek wcześniejszego zgłoszenia rezygnacji z zaplanowanej wizyty w rejestracji właściwej poradni.
12. Niezgłoszenie się pacjenta w wyznaczonym terminie powoduje jego usunięcie z kolejki

oczekujących i wymaga wyznaczenia następnego terminu.

13. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

§ 33.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej

1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane są w ramach działalności Zakładu Rehabilitacji.
2. Godziny przyjmowania pacjentów znajdują w Zakładzie Rehabilitacji.
3. Świadczenia z zakresu rehabilitacji udzielane są na podstawie ważnego skierowania.

§ 34.

Świadczenia z zakresu diagnostyki

1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu diagnostyki realizowane są poprzez Zespół Pracowni Diagnostycznych, Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej, inne komórki medyczne w ramach działalności pracowni, zakładów, innych komórek działalności medycznej.
2. Świadczenia w zakresie diagnostyki wykonywane są w warunkach ambulatoryjnych na podstawie skierowania lekarza w związku z leczeniem pacjenta w określonej przychodni lub w oddziale szpitalnym.
3. Świadczenia w zakresie diagnostyki mogą być wykonywane u pacjentów leczonych w Szpitalu, w poradniach, oraz skierowanych przez inne podmioty lecznicze na podstawie odrębnych umów.
4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w zakładzie, pracowni, następuje po uprzedniej rejestracji - osobistej lub telefonicznej lub elektronicznej.
5. Przyjmowanie pacjentów Szpitala do zakładu, pracowni powinno odbywać się po ustaleniu terminu, według planu uzgodnionego z osobami kierującymi poszczególnymi oddziałami.
6. Godziny przyjmowania pacjentów oraz wydawania wyników powinny być podane do wiadomości oddziałów, poradni, oraz powinny znajdować się w widocznym miejscu w zakładzie, pracowni.
7. Badania oznaczone przez lekarza kierującego jako pilne wykonywane są w pierwszej kolejności.

§ 35.

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej

1. Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach działalności Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
2. Pacjent może skorzystać z tej formy opieki zdrowotnej w przypadku:
 - a) nagłego zachorowania,
 - b) nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy,
 - c) gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.
3. Świadczenia realizowane są od poniedziałku do piątku od godz. 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy całodobowo - od godz. 8.00 danego dnia do godz. 8.00 dnia następnego.
4. Świadczenia w przypadkach medycznie uzasadnionych udzielane są w domu pacjenta.
5. Pacjentom przysługują także zabiegi pielęgniarstwa w ramach porady udzielonej przez lekarza dyżurującego w Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz zabiegi wynikające z ciągłości leczenia. Zabiegi te mogą być wykonywane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym lub w przypadkach medycznie uzasadnionych - w domu pacjenta.
6. Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie obejmują:
 - a) wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem,
 - b) recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym,
 - c) rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia.

Rozdział VIII System identyfikacji pacjentów

§ 36.

Zaopatrywanie pacjentów w znaki identyfikacyjne

1. Pacjenci oddziałów zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne.

2. Warunki, sposób i tryb zaopatrywania pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w znaki identyfikacyjne oraz sposób postępowania w przypadku stwierdzenia ich braku zostały określone odpowiednim Zarządzeniem Dyrektora.

Rozdział IX Prawa pacjenta

§ 37.

Pacjent ma prawo do:

1. Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Informacji o swoim stanie zdrowia, wglądu do dokumentacji medycznej, w tym zażądania od udzielającego świadczenia zdrowotnego zasięgnięcia opinii innego lekarza lub zwołania konsylium lekarskiego:
 - a) lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie pacjenta jest bezzasadne;
 - b) pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami;
 - c) pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom trzecim;
 - d) pacjent małoletni, który nie ukończył lat 16, ma prawo do uzyskania informacji od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o których mowa w ust. 2 lit. b w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
 - e) pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2 lit. b.;
 - f) po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2 lit. b pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

3. Wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiednich informacji:
 - a) pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych;
 - b) przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego uprawnienie to, w odniesieniu do badania, może wykonywać opiekun faktyczny;
 - c) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego;
 - d) w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda o której mowa w ust. 3 wyrażona musi zostać w formie pisemnej. Odpowiednio stosuje się przepisy ust. 3 pkt a-c.
 - e) zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 3 lit. a-c, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.
4. Intymności i poszanowania godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.
5. Dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną podaną przez siebie po wyrażeniu zgody przez osobę wykonującą zawód medyczny i udzielającą świadczenia zdrowotnego. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych pacjentów w szpitalu, Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby bliskie.
6. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
7. Pacjent ma prawo do ochrony mienia osobistego, w tym do przechowywania rzeczy

wartościowych w depozycie.

8. Pacjent ma prawo do ochrony przed zniewagą fizyczną i psychiczną.
9. Pacjent ma prawo do składania skarg na naruszenie jego praw, a w szczególności do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza, które ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
10. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.
11. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej sprawowanej przez duchownego dowolnego, wybranego przez siebie wyznania. Wykaz osób udzielających opieki duszpasterskiej umieszczony jest w każdym oddziale w miejscu dostępnym dla pacjentów.
12. Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu, określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
13. Sposób postępowania w przypadku konieczności wykonania zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, który jest niezdolny do świadomego wyrażenia pisemnej zgody i dla którego brak jest przedstawiciela ustawowego został określony odpowiednim Zarządzeniem Dyrektora.
14. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

§ 38.

1. Postanowienia niniejszego Rozdziału nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisów odrębnych.
2. Koszty realizacji uprawnień kontaktu pacjenta z osobami z zewnątrz nie mogą obciążać Szpitala.

Rozdział X Prawa dziecka

§ 39.

1. Dzieci powinny przebywać w szpitalu tylko wtedy, gdy leczenie, którego wymagają nie może być prowadzone w domu, ambulatoryjnie lub w oddziale dziennym.
2. Dzieci przebywające w szpitalu powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi rodzice lub stali opiekunowie.
3. Wszystkim rodzicom należy tworzyć możliwość pozostawania w szpitalu razem z dzieckiem, trzeba ich do tego zachęcać i pomagać. Rodzice by mogli stale uczestniczyć w opiece nad dzieckiem powinni być stale informowani o sposobie postępowania w oddziale i zachęceni do aktywnej współpracy.
4. Dzieci powinny mieć prawo do uzyskiwania informacji w sposób odpowiedni do ich wieku możliwości pojmowania. Należy starać się o zapobieganie i łagodzenie stresów fizycznych i emocjonalnych u dzieci w związku z ich pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i rodzice mają prawo świadomie uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami.
6. Dzieci powinny przebywać w szpitalu z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych. Dzieci w oddziałach dla dorosłych powinny mieć wydzielone sale. Nie powinno być żadnych ograniczeń wiekowych dla osób odwiedzających dzieci przebywające w szpitalu.
7. Dziećmi powinien opiekować się personel, którego przygotowanie i umiejętności zapewniają zaspokojenie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci i ich rodzin.
8. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
9. Dzieci powinny być traktowane z taktem i zrozumieniem, a ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

Rozdział XI Postępowanie w razie śmierci pacjenta w Szpitalu

§ 40.

1. W razie śmierci pacjenta Szpital jest obowiązany należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania ma mocy obowiązujących przepisów.
2. W razie śmierci pacjenta Szpital jest obowiązany przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

3. Za czynności, o których mowa w ust. 1 i 2 Szpital nie pobiera opłat.
4. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne niż wymienione ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
5. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny Szpital pobiera opłaty od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na mocy obowiązujących przepisów zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.

§ 41.

1. W razie śmierci pacjenta w oddziale pielęgniarka bezzwłocznie zawiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz powinien natychmiast dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby dzień i godzinę śmierci oraz wystawić kartę zgonu.
3. Personel pielęgniarski przystępuje do czynności związanych z odłączeniem zmarłego pacjenta od aparatury medycznej, usunięcia cewników, wkłuć, zdjęcia opatrunków, wykonuje toaletę pośmiertną (przymknięcie powiek, umycie ciała itp.).
4. Osobę zmarłą należy traktować z należnym jej szacunkiem.
5. Szczegółowy sposób postępowania po zgonie pacjenta określa odrębna procedura.
6. W przypadku zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co, do którego istnieje uzasadnione podejrzenie, że przyczyną śmierci pacjenta było przestępstwo (np. zabójstwo, zatrucie, wypadek drogowy itp.) albo, gdy toczy się już postępowanie prokuratorskie, zawsze o zgonie takiego pacjenta należy powiadomić Prokuraturę lub Policję. Zawiadomienia takiego dokonuje osoba kierująca oddziałem lub wyznaczony lekarz a w przypadku bezzwzględnej pilności przekazania takiej informacji lekarz dyżurny oddziału.
7. W przypadku zgonu pacjenta, który nie upoważnił żadnej osoby czy instytucji do informowania o swoim stanie zdrowia, należy powiadomić Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

8. W razie śmierci pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, czynności, o których mowa wyżej wykonuje pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. W takim przypadku zgon powinien być potwierdzony przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
9. Dyrektor Szpitala, a jeżeli Dyrektor nie jest lekarzem, to Dyrektor ds. Medycznych bądź upoważniony przez Dyrektora Szpitala lekarz, na wniosek właściwej osoby kierującej oddziałem lub, w razie potrzeby, po zasięgnięciu jej opinii, zarządza zgodnie z obowiązującymi przepisami dokonanie lub zaniechanie sekcji.

Rozdział XII Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 42.

1. Świadczenia zdrowotne niezbędne do zapewnienia kompleksowości w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a niemożliwe do zrealizowania przez Szpital, wykonywane są przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe zasady udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1 uregulowane są w odrębnych umowach o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, które zawiera się w trybie przeprowadzonego konkursu ofert.
3. W sytuacjach wyjątkowych spowodowanych koniecznością natychmiastowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Szpitala, na wniosek właściwego Z-cy Dyrektora, Szpital zawiera umowę ze wskazanym podmiotem po przeprowadzeniu procedury negocjacji.
4. Szczegółowe zasady przeprowadzania postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne oraz zawierania umów celem wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu zostały określone odpowiednim Zarządzeniem Dyrektora.

Rozdział XIII Zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej

§ 43.

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dla każdej osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
4. Dokumentacja medyczna udostępniana jest również podmiotom uprawnionym na mocy obowiązujących przepisów.
5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie Szpitala, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - b) poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
 - c) poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - e) na informatycznym nośniku danych,
 - f) na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana w sposób określony w ust. 6 lit. d i lit. e.
 - g) zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez Szpital, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest opłata zgodnie z Załącznikiem nr 4 - Cennik udostępniania dokumentacji medycznej do Regulaminu Organizacyjnego, przy czym maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
- 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004

– przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z późn. zm., począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie”.

7. Opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej nie nakłada się:

- 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie, w następujący sposób:
 - a) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
 - b) na informatycznym nośniku danych,
 - c) przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) w związku z postępowaniem przed Rzecznikiem Praw Pacjenta w zakresie przyznania świadczenia kompensacyjnego
- 3) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
- 4) Ubezpieczycielowi Szpitala w zakresie prowadzonego na rzecz Szpitala postępowania likwidacyjnego.

8. Dokumentacja medyczna udostępniana jest również:

- a) upoważnionym przez podmiot pełniący nadzór nad podmiotem leczniczym osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- b) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o

- akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
- c) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
9. Cennik udostępnienia dokumentacji medycznej stanowi Załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
10. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
- a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - b) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - c) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia,
 - d) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat,
 - e) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - f) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.
11. Po upływie odpowiedniego okresu dokumentacja jest niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
12. Zasady udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej oraz szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu zostały określone odpowiednimi Zarządzeniami Dyrektora.

13. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Dyrektor Szpitala powołał Koordynatora okołoperacyjnej karty kontrolnej, którym jest:
 - a) lekarz anestezjolog w przypadku wykonywania znieczulenia ogólnego,
 - b) lekarz operator w przypadku wykonywania znieczulenia miejscowego.
14. Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:
 - a) osoby wykonujące zawód medyczny,
 - b) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.
15. W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia.

Rozdział XIV Zasady stosowania monitoringu wizyjnego

§ 44.

1. Szpital prowadzi za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring) obserwację pomieszczeń:
 - a. ogólnodostępnych, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz pracowników szpitala,
 - b. w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych i sal operacyjnych,
 - c. w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa
2. Monitoring wizyjny prowadzi się z uwzględnieniem poszanowania intymności i godności pacjenta. Przekazywanie obrazu z monitoringu odbywa się w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, a dane pochodzące z monitoringu polegają ochronie.

3. Sposób prowadzenia monitoringu wizyjnego określa odrębna procedura.

DZIAŁ V ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

Rozdział I Zadania wspólne komórek organizacyjnych

§ 45.

1. Komórki organizacyjne, każda w swoim zakresie, ustalonym w niniejszym Regulaminie, podejmują działania i prowadzą sprawy związane z realizacją zadań i kompetencji Dyrektora Szpitala.
2. Działami zarządza kierownik bądź koordynator.
3. Do zadań wspólnych komórek organizacyjnych w szczególności należy:
 - a) współdziałanie w opracowywaniu projektów podstawowych kierunków działalności Szpitala,
 - b) współdziałanie w procesie planowania i opracowywania planów finansowych oraz realizacji dochodów i wydatków Szpitala, w tym zadań obronnych nałożonych na Szpital,
 - c) gromadzenie danych oraz opracowywanie sprawozdań,
 - d) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań Szpitala,
 - e) udział w pracach zespołów i komisji powoływanych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.
4. Celem współdziałania komórek organizacyjnych jest:
 - a) usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych,
 - b) właściwa realizacja zadań statutowych,
 - c) integracja działań komórek organizacyjnych.
5. Do obowiązków obszarów i komórek organizacyjnych w szczególności należy:
 - a) opracowywanie zagadnień w zakresie swoich kompetencji i referowanie tych zagadnień Dyrektorowi Szpitala lub jego Zastępcom,
 - b) przygotowywanie dla potrzeb Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców oraz w celu przedłożenia innym organom, projektów sprawozdań, analiz i bieżących informacji o

- realizacji powierzonych zadań,
- c) inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć organizacyjnych w celu zapewnienia właściwej i terminowej realizacji zadań komórki organizacyjnej,
 - d) przestrzeganie obowiązujących przepisów oraz zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora Szpitala, w tym zadań obronnych nałożonych na Szpital.
 - e) załatwianie spraw zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych zakresem działania, a związanych z pracą,
 - f) ponoszenie odpowiedzialności za należyte zabezpieczenie dokumentów oraz przekazywanie ich do archiwizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi,
 - g) dbałość o należyte zabezpieczenie pomieszczeń i powierzonego majątku Szpitala,
 - h) zachowanie zasad racjonalnej i oszczędnej gospodarki przy użytkowaniu sprzętu i materiałów,
 - i) przestrzeganie tajemnicy służbowej, przepisów BHP i p/pož.,
 - j) obowiązkiem pracowników jest uwzględnienie przy realizacji czynności służbowych celów i zadań określonych w przepisach o kontroli zarządczej, a w szczególności wymogów postępowania zgodnego z prawem w sposób efektywny, oszczędny i terminowy - wymagania dla kontroli zarządczej zawarte są w standardach, przepisach i procedurach szczegółowych.
6. Pracownicy są gwarantem:
- a) rzetelnie wykonanych zadań i obowiązków, wykorzystując posiadaną wiedzę i nabyte umiejętności,
 - b) stabilności i bieżącego doskonalenia organizacji Szpitala zapewniając jakość i ciągłość funkcjonowania Szpitala,
 - c) dbałości o dobre imię Szpitala, prestiżu zawodowego i identyfikacji ze Szpitalem oraz wrażliwości na problemy pacjentów.
7. Osoby zatrudnione w Szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym ze Szpitalem są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję.

Rozdział II Pion Lecznictwa

§ 46.

Dyrektor ds. Medycznych

1. Dyrektor ds. Medycznych pełni nadzór nad komórkami organizacyjnymi działalności medycznej oraz działalności o charakterze pomocniczym dla podstawowej działalności Szpitala.
2. Czuwa nad zapewnieniem właściwego poziomu jakości udzielanych w Szpitalu świadczeń zdrowotnych i usług pomocniczych.
3. Dbą o dostępność i ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Pełni nadzór nad gospodarką lekami, wyrobami medycznymi i artykułami medycznymi.
5. Opiniuje umowy na świadczenia zdrowotne zawierane przez Szpital.
6. Pełni nadzór nad właściwym przygotowaniem przez pracowników Pionu Lecznictwa materiałów wyjściowych do przeprowadzenia procedury zamówień publicznych na realizowanie zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną, leki, wyroby medyczne i artykuły sanitarne.
7. Bierze udział w rozpatrywaniu skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające z usług Szpitala, w tym dotyczących organizacji świadczeń zdrowotnych, a także podejmuje działania, które w przyszłości wyeliminują stwierdzone nieprawidłowości.
8. Pełni nadzór nad rejestrem skarg i wniosków.
9. Pełni nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Szpitala.
10. Pełni nadzór na właściwym obiegu dokumentacji medycznej, kontroluje jej sporządzanie, gromadzenie i przechowywanie.
11. Pełni nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem przez podległe komórki sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
12. Zatwierdza szczegółowe zakresy obowiązków personelu medycznego w formie zakresów czynności, regulaminów, instrukcji i procedur postępowania dla podległych komórek organizacyjnych.
13. Pełni nadzór nad badaniami klinicznymi przeprowadzanymi w komórkach działalności medycznej.
14. Przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z działalności Pionu Lecznictwa i bieżące sygnalizowanie problemów wymagających rozwiązania.

15. Pełni nadzór oraz koordynuje prawidłowy tok działania podporządkowanych komórek organizacyjnych.

16. Pełni nadzór nad ewidencją wyjazdów i delegacji służbowych w zakresie Transportu Zewnętrznego.

§ 47.

1. Istotą Pionu Lecznictwa jest organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy komórek organizacyjnych działalności medycznej oraz komórek organizacyjnych działalności pomocniczej.
2. Pionem Lecznictwa kieruje Dyrektor ds. Medycznych.
3. Podstawową komórką organizacyjną Szpitala o charakterze leczniczo-profilaktycznym jest oddział.
4. Ilekroć w niniejszym Regulaminie mowa jest o oddziale, postanowienia te stosuje się odpowiednio do pododdziału.
5. Za organizację i funkcjonowanie oddziału lub innej komórki działalności medycznej pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada osoba kierująca oddziałem/komórką działalności medycznej.
6. Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności wykonywanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych w reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
 - a) rozpoznawanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia,
 - b) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach,
 - c) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o regulaminy, zarządzenia, procedury, instrukcje obowiązujące w Szpitalu,
 - d) prowadzenie diagnostyki i całodobowego leczenia zachowawczego,
 - e) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów Szpitala oraz pacjentom kierowanym na konsultacje medyczne przez inne podmioty lecznicze na podstawie odrębnych umów,
 - f) wykonywanie badań diagnostycznych w oparciu o pracownie diagnostyczne na rzecz pacjentów skierowanych z innych oddziałów Szpitala oraz pacjentów ambulatoryjnych,
 - g) zapewnienie opieki pielęgnacyjnej uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta,
 - h) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną zgodnie

z obowiązującymi przepisami,

- i) utrzymywanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi,
 - j) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz dokształcania personelu,
 - k) prowadzenie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocja zdrowia.
7. Komórki działalności medycznej powinny spełniać wymagania obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

§ 48.

1. Całodobową opiekę lekarską w oddziale zapewnia Zespół lekarski zgodnie z ustalonym przez Kierownika Oddziału harmonogramem.
2. Pełnienie dyżuru medycznego lub udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w oddziale realizowane jest na podstawie harmonogramu sporządzonego przez osobę kierującą oddziałem. Harmonogram sporządzony przez Kierownika Oddziału zatwierdza Dyrektor ds. Medycznych bądź uprawniony przez Dyrektora Szpitala lekarz lub Dyrektor Szpitala.
3. Dopuszcza się możliwość zabezpieczenia opieki lekarskiej przez lekarza pełniącego dyżur medyczny lub udzielającego całodobowych świadczeń zdrowotnych dla dwóch lub kilku oddziałów o podobnej specjalizacji zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
4. Liczbę lekarzy pełniących dyżur medyczny lub udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych oddziałach ustala osoba kierująca oddziałem w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala oraz jego zastępcami.
5. Szczegółowy rozkład dnia dla personelu medycznego ustala osoba kierująca oddziałem lub inną komórką działalności medycznej oraz odpowiednio dla personelu pielęgniarskiego Pielęgniarka Oddziałowa.
6. Personelowi wykonującemu swoje obowiązki w salach chorych nie wolno w nich przebywać po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie - bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.
7. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi personel medyczny może pozostawać w Szpitalu w godzinach poza ustalonym harmonogramem.

§ 49.

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, o ile to możliwe również i leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta do oddziału.
2. Lekarze są obowiązani prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną.
3. W poszczególnych salach w miarę posiadanych możliwości powinni przebywać chorzy tej samej płci.
4. W porze przeznaczony na posiłki nie należy przeprowadzać badań i zabiegów chyba, że zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki.
5. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia przeprowadzani, przewożeni na wózkach lub przenoszeni na noszach przez personel.

Rozdział III Komórki organizacyjne działalności medycznej oraz pomocniczej

§ 50.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1. W obrębie stanowisk anestezjologicznych prowadzone są znieczulenia do zabiegów operacyjnych i diagnostycznych. Ponadto przez 24 godziny na dobę działa zespół interwencyjny (lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna), który przyjmuje wezwania do pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz wykonuje znieczulenia w pracowniach diagnostycznych i oddziałach szpitalnych.
2. U pacjentów oddziałów zabiegowych:
 - a) ocena przedoperacyjna stanu zdrowia z określeniem ryzyka znieczulenia,
 - b) przygotowanie pacjenta do wybranej metody znieczulenia z uwzględnieniem rodzaju zabiegu operacyjnego, schorzeń współistniejących i stosowanej farmakoterapii,
 - c) znieczulenie wybraną metodą najbardziej korzystną dla pacjenta,
 - d) nadzór w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.
3. U pacjentów wszystkich oddziałów szpitala poddawanych zabiegom diagnostycznym i leczniczym, wymagającym znieczulenia ogólnego, analgosedacji lub sedacji:
 - a) ocena stanu zdrowia z określeniem ryzyka znieczulenia,
 - b) przygotowanie pacjenta do wybranej metody anestezji, analgosedacji lub sedacji z uwzględnieniem rodzaju zabiegu (diagnostycznego lub terapeutycznego), schorzeń

- współistniejących i stosowanej farmakoterapii,
- c) znieczulenie, analgosedacja lub sedacja wybraną metodą najbardziej korzystną dla pacjenta,
 - d) nadzór w bezpośrednim okresie po przeprowadzonym zabiegu.
4. Czynności resuscytacyjne u pacjentów w stanach zagrożenia życia na terenie całego Szpitala.
 5. Ocena stopnia zagrożenia życia i kwalifikacja do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
 6. Konsultacje specjalistyczne u pacjentów ciężko chorych w innych oddziałach Szpitala oraz w zakresie zwalczania bólu ostrego i przewlekłego.
 7. Znieczulenia ambulatoryjne.
 8. Interwencje doraźne u pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu prowadzone w ramach interdyscyplinarnej współpracy lekarskiej m.in.: wykonywanie badań gazometrycznych i interpretacja ich wyników, ocena wydolności oddechowej i przyrządowe udrażnianie górnych dróg oddechowych, konsultacje i udział w doraźnych konsyliach interdyscyplinarnych, udział w terapii ostrych stanów zagrożenia życia, występujących u wszystkich pacjentów na terenie Szpitala, zakładanie wkłuc do dużych naczyń żylnych.
 9. Intensywna diagnostyka i terapia pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
 10. W części łóżkowej oddziału leczeni są pacjenci z następującymi stanami chorobowymi:
 - a) niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji lub innych mechanicznych sposobów wspomaganie oddechu,
 - b) ostra niewydolność układu krążenia,
 - c) urazy i zatrucia przebiegające z niewydolnością układu oddechowego i/lub krążenia, utratą przytomności,
 - d) stany po operacjach chirurgicznych przebiegające z niewydolnością układu oddechowego i/lub krążenia, utratą przytomności,
 - e) ostra niewydolność nerek z niewydolnością układu oddechowego lub utratą przytomności,
 - f) zespół niewydolności wielonarządowej,
 - g) choroby zapalne układu nerwowego przebiegające z niewydolnością układu oddechowego i/lub krążenia, utratą przytomności lub zagrażające życiu pacjenta,

- h) posocznice, zakażenia i zaburzenia immunologiczne przebiegające z niewydolnością narządową,
 - i) inne stany kliniczne przebiegające z niewydolnością układu oddechowego i/lub krążenia, utratą przytomności lub zagrażające życiu pacjenta.
11. Pod Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii podlega Poradnia Anestezjologiczna – konsultacyjna. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 51.

Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej

1. Diagnozowanie schorzeń układowych, ortopedycznych, urazowych i nowotworowych wszystkich odcinków narządu ruchu.
2. Leczenie bezoperacyjne schorzeń urazowych i ortopedycznych.
3. Leczenie operacyjne wszystkich odcinków narządu ruchu z zastosowaniem najnowszych technik operacyjnych.
4. Leczenie uszkodzeń urazowych kości, stawów, ścięgien i nerwów, a także kręgosłupa z wykorzystaniem większości nowoczesnych metod operacyjnych.
5. Artroskopia diagnostyczna i lecznicza stawu kolanowego, w tym naprawa uszkodzeń więzadłowych i przeszczepy chrząstki.
6. Leczenie powikłań w traumatologii.
7. Protezoplastyka stawu biodrowego zarówno pierwotna jak i rewizyjna.
8. Protezoplastyka stawu kolanowego.
9. Wczesne leczenie zmian zniekształcających stawów-osteotomia stawu kolanowego i biodrowego, artroskopowe oczyszczanie stawu kolanowego.
10. Leczenie operacyjne (stabilizacja) złamań patologicznych w przerzutach nowotworowych kości.
11. Zabiegi rehabilitacyjne i fizykoterapeutyczne.
12. Leczenie urazów sportowych w tym wykonywanie zabiegów rekonstrukcji więzadeł, operacji odtwarzania powierzchni stawowych, rekonstrukcji uszkodzonych ścięgien.
13. Pod Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej podlega Poradnia Urazowo-Ortopedyczna, Poradnia Medycyny Sportowej, Poradnia

Chirurgii Ręki, Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe z Gipsownią dla Poradni Urazowo-Ortopedycznej, Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 52.

Oddział Chirurgii Naczyń

1. Leczenie schorzeń: niedrożność i zwężenie tętnic szyjnych, miażdżyca tętnic obwodowych i aorty, tętniak tętnicy głównej i innych tętnic, choroby naczyń włosowatych, zapalenie żył i zakrzepowego zapalenia żył, żylaki kończyn dolnych, przewlekła niewydolność nerek, urazowe uszkodzenie naczyń.
2. Leczenie operacyjne i endowaskularne: operacje tętniaków aorty i tętnic obwodowych, leczenie rekonstrukcyjne niedokrwienia kończyn – przeszczep aortalno-udowy, udowo-podkolanowy, udowo-udowy, pachowo-udowy, operacje udrożnienia tętnic szyjnych i podobojczykowych – ewersja z endarterektomią, plastyka z łątą, transpozycja; zabiegi pilne – pęknięcie tętniaka aorty, uraz naczyń obwodowych, embolektomia, trombektomia; zabiegi endowaskularne – stentowanie tętnic obwodowych, PTA tętnic obwodowych, stentgrafty aortalne; zabiegi operacyjne pourazowych i wrodzonych przetok tętniczo-żylnych; zabiegi naczyniowe wymagające ponownych rekonstrukcji z powodu niedrożności poprzedniego graftu lub jego infekcji; leczenie operacyjne zespołu górnego otworu klatki piersiowej – resekcja I żebra, resekcja mięśni pochyłych; wytworzenie przetoki A-V do celów dializoterapii z użyciem własnej żyły lub protezy naczyniowej w nadgarstku, łokciu, pachwinie; torakoskopia laparoskopowa – sympatektomia lędźwiowa, leczenie zespołu pozakrzepowego; zabiegi amputacyjne kończyn; leczenie operacyjne żylaków kończyn dolnych, zabiegi wszczepienia portów naczyniowych.
3. Diagnostyka układu tętniczego i żylnego, a w szczególności: USG doppler, arteriografia dotętnicza i dożylna.
4. Pod Oddział Chirurgii Naczyń organizacyjnie podlega Poradnia Chirurgii Naczyń, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Naczyń Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 52.

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych

1. Leczenie schorzeń: przewodu pokarmowego - przełyku, żołądka i dwunastnicy, jelita cienkiego i grubego, odbytu; wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych; śledziony; tarczycy, nadnerczy, przytarczyc; trzustki; sutka; naczyń kończyn dolnych; leczenie przepuklin; leczenie uzupełniające w opiece paliatywnej, a w szczególności zakładanie portów naczyniowych, PEG, stomii; leczenie skutków urazów, wypadków, oparzeń.
2. Leczenie operacyjne i zabiegi: operacje tarczycy - resekcje częściowe, całkowite, wola nawrotowego, zamostkowego; operacje przytarczyc - wycięcie, reimplantacje; nadnerczy - wycięcie; zabiegi w zakresie ściany klatki piersiowej, opłucnej, śródpiersia i przepony; podwiązanie i wycinanie żyłaków i żył kończyn dolnych; zabiegi w zakresie układu limfatycznego - wycięcie naczyń, węzłów chłonnych; zabiegi w zakresie śledziony - zeszcycie, wycięcie, zniszczenie zmiany; zabiegi w zakresie przełyku - wycięcie częściowe, całkowite, zmiany przełyku, żyłaków przełyku, rozszerzanie endoskopowe przełyku; zabiegi w zakresie żołądka - gastrotomia, pyloromiotomia, wycięcie zmiany, wycięcie częściowe lub całkowite żołądka, wagotomia, pyloroplastyka, zespolenia żołądka z jelitem, opanowanie krwotoku z żołądka, operacje żyłaków żołądka; zabiegi w zakresie jelita - nacięcie, wycięcie zmiany, w tym endoskopowe, lokalne wycięcie jelita, dwunastnicy, wyizolowanie części jelita, resekcje mnogie, całkowite wycięcie okrężnicy, zespolenia jelitowe, ileostomia, kolostomia, enterostomie, w tym endoskopowe, appendektomia; operacje w zakresie odbytnicy, tkanki okołoodbytnicznej - lokalne wycięcie zmiany, resekcje odbytnicy, operacje zwężeń odbytu, przetok okołoodbytnicznych, ropni, szczelin, żyłaków odbytu, zwieraczy odbytu; operacje w zakresie wątroby - nacięcie, zniszczenie i wycięcie zmiany, częściowe resekcje, operacje naprawcze, termoablacja zmian wątroby otwarta i przezpowłokowa; operacje w zakresie pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych - cholecystektomia laparoskopowa, zespolenia dróg żółciowych, nacięcia i usuwanie złogów, drenaż, zabiegi naprawcze dróg żółciowych; operacje w zakresie trzustki - nacięcie, zniszczenie zmiany, marsupializacja torbieli, drenaż torbieli, częściowa i całkowita pankreatektomia, radykalne usunięcie trzustki i dwunastnicy; operacje naprawcze w przepuklinach pachwinowych, brzusznych,

udowych, pępkowej, również z zastosowaniem wszczepu, operacje przepukliny rozworu przełykowego przepony, operacje innych przepuklin; operacje na powłokach ciała - wycięcie, zniszczenie tkanki piersi, wycięcie sutka częściowe, całkowite, zabiegi w zakresie skóry i tkanki podskórnej, amputacje kończyn.

3. Diagnostyka: endoskopia górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego; diagnostyka ultrasonograficzna jamy brzusznej, tarczycy, sutka; transrektalne usg; biopsje cienkoigłowe; diagnostyka laparoskopowa.
4. W ramach oddziału funkcjonuje zespół leczenia żywieniowego, który zajmuje się organizacją, prowadzeniem i nadzorowaniem leczenia żywieniowego w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego, żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych.
5. W ramach oddziału funkcjonuje pracownia endoskopii, w której udzielane są świadczenia w zakresie endoskopii zgodnie z potrzebami Szpitala.
6. Pod Kliniką Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych podlega Poradnia Chirurgii Ogólnej, Poradnia Proktologiczna, Poradnia Żywieniowa, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Ogólnej, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Proktologicznej, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Żywieniowej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 53.

Oddział Chirurgii Plastycznej

1. Leczenie schorzeń: diagnostyka i leczenie zniekształceń wrodzonych; diagnostyka i leczenie zniekształceń nabytych (ponowotworowych, pourazowych, pozapalnych).
2. Leczenie operacyjne i zabiegowe: przeszczepy skóry pełnej i pośredniej grubości; przeszczepy błon śluzowych; przeszczepy chrząstek; przeszczepy kości; przeszczepy ścięgien; przeszczepy nerwów; plastyki miejscowe i odległe, płaty skórno-tłuszczowe, skórno-powięziowe, skórno-mięśniowe; wszczepianie różnych protez, ekspanderów i ekspanderoprotez; leczenie wad wrodzonych (w zakresie małżowin usznych, powiek, zniekształceń poroszczepowych wargi i nosa, gruczołów piersiowych, palców rąk i stóp, prącia); leczenie zniekształceń pourazowych (w zakresie twarzoczaszki, tułowia i kończyn); leczenie stanów przednowotworowych i nowotworowych skóry; leczenie zniekształceń pochorobowych (ponowotworowych i pozapalnych, rekonstrukcja twarzoczaszki, powiek, nosa, małżowin usznych, ust, piersi, palców); leczenie oparzeń i

ich powikłań; leczenie owrzodzeń troficznych; leczenie odleżyn; leczenie chorób ręki o różnej etiologii np. cieśń nadgarstka, choroba Dupuytrena.

3. Pod Oddział Chirurgii Plastycznej podlega Poradnia Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 54.

Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologii

1. Leczenie i diagnostyka chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób układu oddechowego, chorób układu pokarmowego, chorób układu krwiotwórczego, cukrzycy, chorób metabolicznych oraz chorób onkologicznych.
2. Leczenie i diagnostyka schorzeń z zakresu diabetologii u osób dorosłych oraz dzieci.
3. Oddział zapewnia między innymi wykonywanie badań holterowskich EKG i RR, wykonywanie biopsji wątroby, podłączanie osobistych pomp insulinowych do infuzji podskórnej, diagnostykę i interwencje w przypadku pogorszenia stanu internistycznego.
4. Ponadto Oddział zapewnia edukację chorych na cukrzycę w zakresie samokontroli, prawidłowego podawania insuliny i diety oraz leczenie ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy.
5. Leczenie i diagnostyka chorób diabetologicznych i ich powikłań.
6. Leczenie i diagnostyka chorób metabolicznych i ich powikłań
7. Ponadto Oddział zapewnia edukację chorych oraz promocję zdrowia w zakresie chorób metabolicznych i diabetologicznych.
8. Pod Oddział Chorób Wewnętrznych podlega Poradnia Diabetologiczna (cukrzycowa) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej, Poradnia Chorób Wewnętrznych, Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Diabetologicznej (cukrzycowej) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 55.

Oddział Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych

Jelit

1. Choroby przełyku (zaburzenia motoryki, choroba reflowowa, nowotwory, ciała obce,

- schyłki, oparzenia, wady wrodzone, choroby infekcyjne).
2. Choroby żołądka i dwunastnicy (zapalenie, choroba wrzodowa, nowotwory, schyłki, wady rozwojowe, polipy, krwotoki z górnego odcinka przewodu pokarmowego).
 3. Choroby jelita cienkiego (zaburzenia trawienia i wchłaniania, celiakia, zespół krótkiego jelita, zespół rozrostu bakteryjnego, enteropatia z utratą białka, choroba Whipplea, nowotwory, schyłki),
 4. Choroby jelita grubego (zespół jelita drażliwego, schyłki, wrzodziejące zapalenia jelita grubego, choroba Leśniewskiego-Crohna, niedokrwienne zapalenie mikroskopowe zapalenia, polipy i nowotwory, polipy nienowotworowe, nowotwory uwarunkowane genetycznie, choroby odbytu, krwotoki z dolnego odcinka przewodu pokarmowego),
 5. Choroby trzustki (ostre zapalenie, przewlekłe zapalenie, torbiele, nowotwory, rak, nowotwory torbielowate, wrodzone choroby trzustki),
 6. Choroby pęcherzyka i dróg żółciowych (ostre zapalenie dróg żółciowych, ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, torbiele dróg żółciowych, nowotwory dróg żółciowych, rak brodawki Vatera).
 7. Choroby wątroby (przewlekłe zapalenia wirusowe B, C, uszkodzenia polekowe, autoimmunologiczne zapalenia, hyperbilirubinemia, pierwotna marskość żółciowa, metaboliczne choroby wątroby, alkoholowa choroba wątroby, marskość wątroby, zakrzepica żyły wrotnej i żył wątrobowych, nowotwory wątroby).
 8. Pod Oddział Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit organizacyjnie podlega Poradnia Gastroenterologiczna, Poradnia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Gastroenterologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 56.

Oddział Chirurgii Szczękowo - Twarzowej

1. Chirurgiczne leczenie schorzeń jamy ustnej oraz części twarzowej czaszki.
2. Operacyjne leczenie wad morfologicznych w zakresie części twarzowej czaszki.
3. Operacyjne leczenie nowotworów części twarzowej czaszki.
4. Chirurgiczne leczenie ostrych zębopochodnych stanów zapalnych tkanek miękkich głowy i szyi (ropnie przestrzeni międzypowięziowych, ropowice, przetoki skórne).

5. Operacyjne leczenie złamań środkowego piętra szkieletu kostnego części twarzowej czaszki (złamania typu Le Fort I, II, III , złamania jarzmowo-oczodołowe, złamania jarzmowo-szczękowo-oczodołowe, złamania oczodołu).
6. Operacyjne leczenie złamań żuchwy i jej wyrostków.
7. Operacyjne rekonstrukcje złamań oczodołu.
8. Leczenie dyslokacji oczodołowo-nosowych.
9. Operacyjne leczenie schorzeń zatok szczękowych (przewlekłe zapalenia zatok szczękowych, torbiele zatok szczękowych).
10. Operacyjne leczenie rozległych torbieli kości szczęk z jednoczasową rekonstrukcją ubytków kostnych przeszczepem autogennym.
11. Zabiegi diagnostyczne nowotworów złośliwych głowy i szyi w ramach pakietu DILLO.
12. Operacyjne leczenie stanów zapalnych ślinianek.
13. Operacyjne leczenie polekowej martwicy kości szczęk oraz osteoradioneekrozy.
14. Zabiegi chirurgiczne w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej i stomatologicznej u osób ze schorzeniami ogólnoustrojowymi.
15. Pod Oddział Chirurgii Szczękowo – Twarzowej podlega Poradnia Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej, Poradnia Stomatologiczna, Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 57.

Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

1. Oddział zapewnia pełne spectrum zabiegów endoskopowych (FESS) w zakresie zatok przynosowych w schorzeniach zapalnych i niezapalnych twarzoczaszki. Wykonywane są również zabiegi EEA (poszerzone endoskopowe dostępy przeznosowe, w tym również we współpracy z Kliniką NCH). Ponadto oferowane są typowe zabiegi laryngologiczne takie jak septoplastyka, tonsillektomie, adenotomie.
2. Wykonywane są zabiegi mikrochirurgiczne w krtani.
3. Prowadzona jest chirurgia ślinianek ze wskazań zapalnych jak i onkologicznych.
4. Wykonywane są operacje zarówno łagodnych guzów szyi jak i resekcje układu chłonnego szyi przy schorzeniach nowotworowych.
5. Wykonywane są paracentezy oraz paracentezy z przedłużonym drenażem jamy bębenkowej.

6. Istotną rolą Oddziału jest zabezpieczenie dyżurowe- oddział hospitalizuje i operuje inne przypadki nagłe zgłaszające się do SOR.
7. Prowadzone w wymagających tego przypadkach leczenie szpitalne zachowawcze (m.in. przypadki nagłej głuchoty, chorób zapalnych tkanek szyi).
8. Przyszpitalne Poradnie oferują diagnostykę z użyciem laryngologicznych endoskopów mikroskopów oraz diagnostykę onkologiczną.
9. Pod Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej organizacyjnie podlega Pracownia Audiometrii, Poradnia Laryngologiczna, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Otolaryngologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 58.

Oddział Nefrologii

1. Diagnostyka i leczenie chorób nerek, układu moczowego, powikłań dializacyjnych oraz nadciśnienia tętniczego.
2. Oddział przygotowuje chorych do leczenia nerkozastępczego oraz kwalifikuje pacjentów do przeszczepu nerki.
3. Oddział zajmuje się między innymi leczeniem ostrej niewydolności nerek różnego pochodzenia (uszkodzenia nerek na skutek niedokrwienia, działania czynników toksycznych, uszkodzenia mięśni).
4. Oddział wykonuje punkcje jamy otrzewnowej i jamy opłucnej oraz biopsje nerek.
5. Pod Oddział Nefrologii organizacyjnie podlega Poradnia Nefrologiczna. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 59.

Oddział Neurologii

1. Ciężkie schorzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego i mięśniowego, choroby demielinizacyjne układu nerwowego, padaczka i inne zaburzenia napadowe, choroby zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa i dyskopatie, pierwotne i wtórne nowotwory ośrodkowego i obwodowego

układu nerwowego. W ramach oddziału realizuje się procedurę trombektomii mechanicznej.

2. Diagnostyka wykonywana w oddziale: dopplerowskie badanie przepływu w naczyniach zewnątrz i wewnątrzczaszkowych, badanie elektroencefalograficzne mózgu, badanie elektromiograficzne (przewodnictwo w nerwach obwodowych, korzeniach nerwowych, badanie czynności mięśni, próba miasteniczna, próba tężyczkowa).
3. Pod Oddział Neurologii podlega Poradnia Neurologiczna, Poradnia Neurologiczna - Poradnia Leczenia Choroby Parkinsona i innych chorób pozapiramidowych, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Neurologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału -*dodano Zarządzeniem Dyrektora nr 239/2025 obowiązuje od 1.08.2025 r.*

§ 60.

Pododdział Udarowy

1. Intensywne leczenie i nadzór osób z zaburzeniami krążenia mózgowego w ostrej fazie choroby, w tym pacjentów z udarem mózgu.
2. Wczesna rehabilitacja chorych z udarem mózgu.
3. W ramach działalności oddziału przeprowadza się zabiegi stentowania tętnic szyjnych u pacjentów z miażdżycowym ich zwężeniem. Ponadto przeprowadzane są zabiegi endowaskularne w obrębie krążenia mózgowego w szczególności leczenie chorób krwotocznych naczyń mózgowych.

§ 61.

Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny

1. Diagnostyka i leczenie chorych z neurochirurgicznymi chorobami ośrodkowego układu nerwowego w zakresie schorzeń onkologicznych, naczyniowych, urazów, neurochirurgii stereotaktycznej i czynnościowej.
2. Szeroki zakres zabiegów:
 - a) choroby nowotworowe (guzy półkul mózgu i mózdzku, guzy pnia mózgu, guzy układu komorowego, guzy szyszynki, guzy podstawy czaszki, guzy kanału kręgowego, guzy

- kręgosłupa, biopsje stereotaktyczne z wykorzystaniem tzw. neuronawigacji czynnościowej opartej o badania fMRI i traktografii DTI oraz możliwością mapowania struktur mózgu z zastosowaniem pełnoprofilowego monitorowania neurofizjologicznego;
- b) choroby naczyniowe (tętniaki naczyń mózgowych, naczyniaki wewnątrzczaszkowe, przetoki tętniczo-żylne, zabiegi wewnątrznaczyniowe;
- c) choroby cieśni (dyskopatie w odcinku szyjnym, piersiowym i lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, małoinwazyjne, przezskórne zabiegi kręgosłupowe, leczenie z wykorzystaniem implantów kręgosłupowych, cieśni nadgarstka;
- d) neurotraumatologii (urazy czaszkowo-mózgowe, urazy nerwów obwodowych;
- e) neurochirurgii czynnościowe (leczenie choroby Parkinsona z zastosowaniem stymulatorów, leczenie przewlekłego bólu z zastosowaniem stymulatorów).
3. Pod Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny podlega Poradnia Neurochirurgiczna, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Neurochirurgicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 62.

Kliniczny Oddział Okulistyki

Oddział Okulistyki Dziecięcej

1. Profil leczenia: chirurgia przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej.
2. Diagnostyka: Schorzenia narządu wzroku.
3. Oddział zapewnia między innymi: przeszczepy rogówki z wykorzystaniem lasera femtosekundowego; przeszczepy rogówki drążące, warstwowe przednie i tylne, rąbkowe; zabiegi przeciwjaskrowe w tym z wykorzystaniem implantów przeciwjaskrowych; chirurgia zaćmy; witrektomie tylne; chirurgia zezów; chirurgia dróg łzowych; zabiegi wieloproceduralne; rekonstrukcje powierzchni oka; zabiegi plastyczne; leczenie urazów; leczenie zachowawcze.
4. Wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii refrakcyjnej.
5. Pod Kliniczny Oddział Okulistyczny podlega Poradnia Okulistyczna, Poradnia Okulistyczna dla Dzieci, Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Okulistycznej, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Okulistycznej dla Dzieci. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 63.

Pracownia Laseroterapii

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu laseroterapii jaskry, laseroterapii zaćmy wtórnej i tęczówki oka, laseroterapii zmian naczyniowych siatkówki oraz irydoplastyki (laseroterapii tęczówki).

§ 64.

Oddział Rehabilitacji Medycznej

1. Porażenia i niedowłady będące skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii.
2. Rehabilitacja chorych z chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym.
3. Usprawnianie po leczeniu urazów i rozległych korekcjach.
4. Usprawnianie protezowanych po amputacjach.
5. Zmiany zwyrodnieniowe stawów obwodowych o różnej etiologii, w tym po leczeniu operacyjnym.
6. Choroby przeciążeniowe narządu ruchu, zespoły algodystroficzne.
7. Pod Oddział Rehabilitacji Medycznej podlega Poradnia Rehabilitacji Medycznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 65.

Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna pacjentów zwłaszcza po udarach mózgowych, urazach wielonarządowych, po operacjach neurochirurgicznych i ortopedycznych.

§ 66.

Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej

1. Diagnostyka i kompleksowe leczenie kamicy układu moczowego - nerki, moczowodu, pęcherza, metodami operacji otwartej oraz endoskopowych (nieoperacyjne usuwanie kamieni z moczowodu pod kontrolą wzroku - URSL, nieoperacyjne usuwanie kamieni z nerki przez przetokę nerkową pod kontrolą wzroku - PCNL).

2. Diagnostyka i leczenie nowotworów układu moczowo-płciowego (nowotwór złośliwy pęcherza moczowego, nerki, jądra i najądrza, stercza, innych narządów płciowych męskich, miedniczki nerkowej, moczowodu, niezłośliwy nowotwór narządów moczowych):
 - a) wzniernikowanie dróg moczowych (cystoskopia, ureteroskopia),
 - b) operacje radykalne guzów (nerek, pęcherza moczowego, prostaty i jąder),
 - c) odprowadzenie moczu przy użyciu wstawki jelitowej, nefrotomii, cystotomii, ureterocutaneostomii.
3. Diagnostyka i leczenie wad wrodzonych układu moczowo-płciowego.
4. Leczenie operacyjne urazów układu moczowo-płciowego.
5. Diagnostyka i leczenie chorób zapalnych układu moczowo-płciowego.
6. Leczenie rozrostu stercza.
7. Leczenie gruźlicy układu moczowo-płciowego.
8. Leczenie niepłodności męskiej.
9. Kompleksowa diagnostyka schorzeń urologicznych z wykorzystaniem dostępnej aparatury medycznej.
10. Pod Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej podlega Poradnia Urologiczna, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Urologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 67.

Kliniczny Oddział Reumatologii i Immunologii Klinicznej

1. Diagnostyka i leczenie układowych chorób tkanki łącznej - reumatoidalne zapalenie stawów, spondyloartropatie tzw. Kolagenozy, układowe zapalenie naczyń, „maski stawowe” nowotworów, artropatie metaboliczne, infekcyjne zapalenie stawów.
2. Wykonywanie punkcji stawów.
3. Synowektomie chemiczne.
4. Pod Oddział Reumatologii organizacyjnie podlega Poradnia Reumatologiczna, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Reumatologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 68.

Oddział Kardiologii Ogólnej

1. Przygotowanie i kwalifikacja chorych do diagnostycznych badań inwazyjnych układu sercowo-naczyniowego oraz dalsze leczenie po takich zabiegach.
2. Przygotowanie chorych z ryzykiem kardiologicznym do niekardiochirurgicznych zabiegów operacyjnych oraz leczenie powikłań kardiologicznych po takich zabiegach.
3. Przygotowanie chorych do kardiochirurgicznych zabiegów operacyjnych oraz dalsze leczenie po takich zabiegach.
4. Diagnostyka oraz kwalifikacja do implantacji układów stymulujących serca na stałe i dalsze leczenie po takich zabiegach.
5. Diagnostyka nieinwazyjna i terapia: wad serca, kardiomiopatii, choroby niedokrwiennej i zaburzeń rytmu serca, utrat przytomności, zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego, nadciśnienia tętniczego.
6. Prowadzenie wczesnej rehabilitacji kardiologicznej po ustąpieniu ostrego stanu zagrożenia życia.
7. Wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych do kwalifikacji lub przeprowadzenia operacji serca, naczyń lub innych narządów w zakresie klatki piersiowej.
8. Leczenie chirurgiczne i zachowawcze pacjentów z chorobami serca i naczyń oraz innych narządów w zakresie klatki piersiowej.
9. Pod Oddział Kardiologii Ogólnej podlega Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Rytmu Serca, Poradnia Wad Serca. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.
10. Sala hybrydowa wchodząca w skład Zespołu Pracowni Radiologii Zabiegowej podlega organizacyjnie pod Oddział Kardiologii Ogólnej. Za koordynację pracy Sali hybrydowej odpowiada Kierownik Oddziału Kardiologii Ogólnej – *[dodano Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 z dnia 9.02.2026 r. – obowiązuje od 9.02.2026 r.](#)*

§ 69.

Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej

Leczenie chorych w stanie zagrożenia życia z przyczyn kardiologicznych, w szczególności: ostre zespoły wieńcowe; zaburzenia rytmu serca wymagające intensywnej farmakoterapii lub elektroterapii; stany po reanimacji i resuscytacji z przyczyn kardiologicznych; ostra niewydolność krążenia (wstrząs, obrzęk płuc); niewydolność krążenia przewlekła zaostrożona

lub niepoddająca się standardowej terapii; zaburzenia automatyzmu serca i przewodzenia przedsionkowo - komorowego wymagające elektrostymulacji; nadciśnienie tętnicze i jego powikłania groźne dla życia; zator tętnic płucnych; zapalenie mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia; niewydolność oddechowa w chorobach kardiologicznych.

§ 70.

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej

1. Udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej pacjentom z wysokim poziomem ryzyka lub powikłanym przebiegiem leczenia po ostrych zespołach wieńcowych, zabiegach kardiochirurgicznych oraz innych schorzeniach układu krążenia ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej, wymagającym całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
2. Pełna diagnostyka kardiologiczna.
3. Edukacja pacjentów w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia oraz zdrowego trybu życia.

§ 71.

Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy

1. Leczenie schorzeń układu oddechowego: zapalenia płuc i opłucnej; astmy oskrzelowej i POChP; chorób śródmiąższowych płuc; odmy opłucnowej; odbarczanie płynów klatki piersiowej; ropni płuc i ropniaków opłucnej; chorób nowotworowych płuc.
2. W oddziale nie leczy się pacjentów z gruźlicą płuc - pacjenci są kierowani do szpitali zajmujących się leczeniem gruźlicy płuc.
3. Diagnostyka chorób nowotworowych klatki piersiowej, chorób śródmiąższowych płuc, płynów opłucnowych, diagnostyka cieni okrągłych płuc i zmian rozsianych.
4. Wykonywanie zabiegów: punkcje odbarczające jamy opłucnej; bronchofiberoskopie; spirometria; zakładanie odczynu tuberkulinowego.
5. Leczenie cytostatystykami (chemioterapia) chorób nowotworowych układu oddechowego.
6. Prowadzenie działalności diagnostyczno-leczniczej dla chorych na mukowiscydozę.
7. Opieka wielospecjalistyczna nad pacjentami chorymi na mukowiscydozę.

8. Pod Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy podlega Poradnia Pulmonologiczna, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Pulmonologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 72.

Pracownia Bronchoskopii

1. Stanowi zabezpieczenie diagnostyczne dla pacjentów Szpitala.
2. W Pracowni Bronchoskopii wykonywane są badania endoskopowe układu oddechowego w celu rozpoznania lub wykluczenia schorzeń pulmonologicznych.
3. Nadzór nad Pracownią Bronchoskopii sprawuje Kierownik Oddziału Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy.

§ 73.

Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii

1. Diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi.
2. Kwalifikacja chorych do leczenia systemowego.
3. Podawanie chemioterapii w warunkach hospitalizacji oraz pobytu dziennego.
4. Leczenie powikłań po chemioterapii i radioterapii.
5. Konsultacje z zakresu diagnostyki i profilaktyki chorób nowotworowych.
6. Pod Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii podlega Poradnia Onkologiczna, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Onkologicznej. Nadzór nad pracą lekarzy sprawuje Kierownik Oddziału.

§ 74.

Oddział Toksykologii z Ośrodkiem Ostrych Zatruc

1. Ośrodek Ostrych Zatruc będący jednym z dziewięciu w Polsce ośrodkiem informacji toksykologicznej, udziela specjalistycznych, telefonicznych konsultacji toksykologicznych, diagnozuje przypadki ostrych zatruc wszelkimi ksenobiotykami, koordynuje i nadzoruje leczenie wszystkich przypadków zatruc zgodnie z obowiązującym w Polsce podziałem

- terytorialnym, kwalifikuje chorych do specjalistycznego leczenia w Oddziale Toksykologii.
2. W Oddziale Toksykologii hospitalizowani są chorzy zatruci wszelkiego rodzaju ksenobiotykami – lekami, gazami w tym tlenkiem węgla, alkoholami – w tym metanolem, glikolami, narkotykami i innymi substancjami psychoaktywnymi, rozpuszczalnikami, metalami, roślinami, grzybami, pokąsani, mający kontakt ze zwierzętami jadowitymi, wymagający specjalistycznego leczenia toksykologicznego, będący w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, niewydolni krążeniowo i oddechowo, z wtórnymi uszkodzeniami narządów mięszsowych, wymagający podawania swoistych i nieswoistych odtrutek, leczenia nerkozastępczego, leczenia z zastosowaniem hiperbarii tlenowej ze wskazań toksykologicznych.
 3. W Oddziale Toksykologii prowadzone jest leczenie metodą dializ albuminowych zarówno ze wskazań toksykologicznych jak i pozatoksykologicznych u osób kwalifikowanych do transplantacji wątroby.
 4. Pacjenci hospitalizowani w Oddziale Toksykologii konsultowani są psychologicznie, psychiatrycznie, otrzymują wsparcie i pomoc socjalną.
 5. Z Oddziałem Toksykologii ściśle współpracują: Pracownia Toksykologii i Pracownia Chromatografii, w których przeprowadzane są szerokie analizy i identyfikacje toksykologiczne.

§ 75.

Szpitalny Oddział Ratunkowy

1. Całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych polegające na wstępnej i pełnej wczesnej diagnostyce, udzielaniu niezbędnej pomocy lekarskiej oraz podejmowaniu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które uległy nagłemu zachorowaniu, zatruciu, bądź urazowi i zostały przywiezione przez jednostki ratownictwa medycznego lub zgłosiły się samodzielnie, w szczególności:
 - a) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych,
 - b) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
 - c) prowadzenie resuscytacji płynowej,
 - d) prowadzenie resuscytacji okołourazowej zgodnie z procedurą ATLS,
 - e) elektroterapia zaburzeń rytmu serca,

- f) wstępne leczenie zatruć,
 - g) leczenie bólu,
 - h) ograniczanie skutków wychłodzenia,
 - i) wstępne i pełne wczesne diagnozowanie osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zagrożenia życia, bezpośredniego zagrożenia życia i śmierci klinicznej niezależnie od przyczyny wywołującej stan chorobowy,
 - j) interwencje mobilnego zespołu do stanów nagłych na terenie budynku szpitalnego oraz placu szpitalnego,
 - k) opracowywanie chirurgiczne ran i urazów,
 - l) leczenie operacyjne w znieczuleniu.
2. Udzielanie pomocy ofiarom katastrof i zdarzeń masowych oraz utrzymywanie gotowości do proceduralnego postępowania na wypadek zdarzeń masowych i katastrof oraz utrzymywanie stałej gotowości do elektronicznej korespondencji ratunkowej.
3. Struktura wewnętrzna Szpitalnego Oddziału Ratunkowego podzielona jest na obszary:
- a) obszar dojazdu do SOR wydzielony od ruchu przygodnego pojazdów nieuprawnionych,
 - b) obszar wjazdu ambulansów do SOR,
 - c) obszar wejścia pacjentów do SOR osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - d) obszar lądowania śmigłowców ratunkowych,
 - e) obszar dekontaminacji,
 - f) obszar segregacji medycznej,
 - g) obszar rejestracji i przyjęć,
 - h) obszar bezkolizyjnych traktów komunikacyjnych SOR niezależnych od ogólnodostępnych traktów szpitalnych,
 - i) obszar resuscytacyjno-zabiegowy,
 - j) obszar wstępnej intensywnej terapii,
 - k) obszar terapii natychmiastowej,
 - l) obszar zakładania opatrunków gipsowych,
 - m) obszar obserwacyjny,
 - n) obszar konsultacyjny,
 - o) obszar laboratoryjno-diagnostyczny.
4. Maksymalny czas na podjęcie przez:

- a) lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w których działa SOR wynosi 12 godzin,
- b) lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego decyzji o odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosi maksymalnie 60 minut,
- c) lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego decyzji o przyjęciu pacjenta na SOR wynosi maksymalnie 60 minut.

§ 76.

Izba Przyjęć

W Izbie Przyjęć dokonuje się przyjęć pacjentów do Oddziałów szpitala:

- a. w trybie planowym
- b. z innych podmiotów leczniczych
- c. w trybie nagłym, którzy nie wymagają diagnostyki i leczenia w Szpitalnym Oddziale ratunkowym.

§ 77.

Centralny Trakt Operacyjny

1. Planowe zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego harmonogramu.
2. Blok operacyjny powinien być utrzymany w stanie ciągłej gotowości do wykonania planowych i nagłych zabiegów operacyjnych i tak zorganizowany, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
3. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu - lekarzowi operującemu a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego lekarzowi anestezjologowi.
4. Po zakończeniu operacji operowany pacjent powinien być przekazany przez lekarza anestezjologa pod opiekę lekarza oddziału zabiegowego lub pozostać pod opieką lekarza anestezjologa.
5. Wszelkie procedury powinny być uwidocznione w dokumentacji medycznej chorego.
6. Transport pacjenta po zakończonym znieczuleniu do właściwego oddziału odbywa się

bezpośrednio pod nadzorem personelu pielęgniarskiego, chyba, że stan pacjenta tego wymaga w transporcie uczestniczy zespół anestezyjologiczny.

7. Personel bloku operacyjnego jest zobowiązany zachować w tajemnicy wszystko, o czym powyższe wiadomości w czasie wykonywania swych obowiązków.
8. W Bloku Operacyjnym należy prowadzić dokumentację wykonanych zabiegów w księdze operacyjnej według obowiązujących wzorów.
9. Dokładne sporządzanie opisów operacyjnych przez lekarza oddziału, w którym pacjent jest hospitalizowany powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji.
10. Centralny Trakt Operacyjny podlega organizacyjnie Kierownikowi, który odpowiada za jego prawidłową działalność.

§ 78.

Zespół Pracowni Radiologii Zabiegowej

Wykonywanie świadczeń z zakresu radiologii zabiegowej i angiografii

§ 79.

Zespół Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii, Elektrofizjologii i Urządzeń

Wszczepialnych

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hemodynamiki – kardiologii inwazyjnej, elektroterapii i elektrofizjologii.
2. Wykonywanie zabiegów implantacji rozruszników serca oraz kardiowerterów.
3. Zespół Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii, Elektrofizjologii i Urządzeń Wszczepialnych podlega organizacyjnie Kierownikowi Oddziału Kardiologii Ogólnej, który odpowiada za jego prawidłową działalność.

§ 80.

Bank Tkanek i Komórek

1. Podejmowanie działań mających na celu realizację przedmiotu działalności Banku, w tym

- działalności podstawowej tj. pozyskiwania, przetwarzania, przechowywania oraz dystrybucji tkanek i komórek.
2. Promocja transplantologii rogówki w kraju, w celu zapewnienia wykonywania wystarczającej w stosunku do potrzeb liczby operacji przeszczepiania rogówki.
 3. Gromadzenie tkanek oka pozyskiwanych z podmiotów leczniczych i innych jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia.
 4. Przechowywanie pozyskanych tkanek oka oraz podejmowanie innych czynności w celu ich przygotowania do przeszczepienia.
 5. Dystrybucja tkanek oka przygotowanych do przeszczepienia.
 6. Udzielanie konsultacji podmiotom zewnętrznym w sprawach konserwacji tkanek bezpośrednio po ich pobraniu, sposobu ich przechowywania i transportu do Banku.
 7. Opracowywanie standardów, procedur, instrukcji oraz ich wdrażanie zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek oraz dotyczącymi pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.
 8. Współpraca z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.
 9. Współdziałanie z organizacjami i stowarzyszeniami krajowymi i zagranicznymi, w tym z Międzynarodową Federacją Banków Tkanek Oka, oraz Europejską Federacją Banków Ocznych, w zakresie niekomercyjnego pozyskiwania tkanek oka.
 10. Przedstawienie Krajowemu Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, rocznego sprawozdania z działalności i wniosków wynikających z pracy Banku, do dnia 31 marca każdego roku kalendarzowego.
 11. Bank Tkanek i Komórek podlega organizacyjnie Kierownikowi, który odpowiada za jego prawidłową działalność.

§ 81.

Apteka Szpitalna

1. Planowanie oraz realizacja zaopatrzenia jednostek Szpitala w produkty lecznicze, wyroby medyczne i produkty biobójcze na podstawie zapotrzebowania podpisanego przez osobę kierującą oddziałem, a w czasie nieobecności przez upoważnionego lekarza.

2. Opracowanie oraz aktualizacja szpitalnej listy leków (SLL) we współpracy z Komitetem Terapeutycznym.
3. Wydawanie leków i środków opatrunkowych osobom uprawnionym do odbioru, za pokwitowaniem na oryginałach zapotrzebowań.
4. Przechowywanie w aktach oryginałów zapotrzebowań oraz prowadzenie odpowiedniej dokumentacji rozliczeniowej i sprawozdawczej.
5. Utrzymywanie i właściwe przechowywanie zapasów leków i środków opatrunkowych, sprzętu jednorazowego.
6. Wytwarzanie leków recepturowych, sporządzanie leków cytostatycznych w dawkach dziennych.
7. Weryfikacja autentyczności leków w systemie KOWAL, powiadamianie jednostek organizacyjnych Szpitala o wstrzymaniach i wycofaniach leków.
8. Udzielanie lekarzom zatrudnionym w Szpitalu informacji o lekach będących w dyspozycji apteki, w tym o lekach nowowprowadzonych do obrotu.
9. Utrzymywanie w pomieszczeniach apteki odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych.
10. Udział w pracach przygotowawczych w zakresie zamówień publicznych na leki i środki opatrunkowe, sprzęt jednorazowego użytku.
11. Apteka Szpitalna podlega organizacyjnie Kierownikowi, który odpowiada za jej prawidłową działalność.
12. Do zadań sekcji wyrobów medycznych należy:
 - a) przyjmowanie i monitorowanie zapotrzebowania na wyroby medyczne z komórek organizacyjnych Szpitala;
 - b) przygotowywanie (wraz z oszacowaniem wartości zamówienia) dokumentacji na etapie określenia przedmiotu zamówienia celem przeprowadzenia postępowań o zamówienie publiczne;
 - c) przygotowywanie zamówień na dostawę wyrobów medycznych zgodnie z zawartymi umowami;
 - d) nadzór nad realizacją zakupu implantów
 - e) koordynowanie realizacji zamówień i zawartych umów na dostawy wyrobów medycznych;
 - f) kontrola zgodności dostaw z zamówieniami i zawartymi umowami;
 - g) bieżąca analiza zapotrzebowania na wyroby medyczne;

- h) opracowywanie planu zakupów wyrobów medycznych;
- i) monitorowanie realizacji umów na zakup wyrobów medycznych, dla których utworzono depozyty zawierające asortyment objęty umową;
- j) prowadzenie rejestru zakupów, wyrobów medycznych, zrealizowanych na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zamówieniach publicznych;
- k) prowadzenie rejestru kar umownych określonych w umowach na dostawy wyrobów medycznych.

13. Struktura wewnętrzna Apteki Szpitalnej:

I. **Produkty Lecznicze**

- a) ekspedycja (punkt wydawania leków),
- b) receptura
- c) pracownia cytostatyków,
- d) magazyn płynów infuzyjnych,
- e) magazyn materiałów opatrunkowych,
- f) magazyny leków,
- g) komora przyjęć,
- h) zmywalnia naczyń zwrotnych,
- i) zmywalnia naczyń używanych do produkcji leków aseptycznych,
- j) pomieszczenia do sterylizacji i destylacji,
- k) receptura leków jałowych,
- l) pracownia żywieniowa,
- m) magazyn sprzętu jednorazowego użytku,
- n) magazyn środków żrących i łatwopalnych.

II. **Wyroby Medyczne**

- a) sekcja wyrobów medycznych,
- b) magazyn wyrobów medycznych”

§ 82.

Zespół Przyszpitalnych Przychodni Specjalistycznych

1. Zespół Przyszpitalnych Przychodni Specjalistycznych stanowią komórki organizacyjne, w których udzielane są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Komórki organizacyjne wchodzące w skład Zespołu Przyszpitalnych Przychodni

Specjalistycznych podlegają organizacyjnie kierownikowi Zespołu Przychodni Specjalistycznych, natomiast merytoryczny nadzór nad nimi sprawują osoby kierujące oddziałami w zakresie prowadzonych specjalności.

3. Lekarze przyjmujący pacjentów w Zespole Przychodni Specjalistycznych powinni brać udział w opracowaniu projektów ofert kontraktowych, oraz udział w przygotowaniu projektów programów ochrony zdrowia.
4. Zadaniem Zespołu Przychodni Specjalistycznych jest działalność diagnostyczna, lecznicza i profilaktyczna na rzecz ludności, a w szczególności:
 - a) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w reprezentowanej specjalności, w tym wykonywanie ambulatoryjnych świadczeń zabiegowych oraz świadczeń zachowawczych,
 - b) leczenie w domu pacjenta w zakresie żywienia pozajelitowego,
 - c) prowadzenie właściwej dokumentacji,
 - d) prowadzenie działalności sprawozdawczej wewnętrznej i zewnętrznej,
 - e) analiza danych w zakresie realizacji udzielanych świadczeń pod względem ilościowym, rodzajowym oraz współdziałanie z właściwymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w celu kompleksowego zabezpieczenia udzielanych świadczeń zdrowotnych.
5. Lekarz udzielający świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
 - a) przeprowadza badania lekarskie,
 - b) orzeka o stanie zdrowia,
 - a) kieruje na badania diagnostyczne, kontrolne,
 - b) kieruje do innego specjalisty,
 - c) kieruje na leczenie szpitalne,
 - d) kieruje na rehabilitację, na leczenie uzdrowiskowe,
 - e) wykonuje niektóre zabiegi w warunkach ambulatoryjnych,
 - f) wystawia zaświadczenia z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią,
 - g) wydaje zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,
 - h) prowadzi niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych.
6. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w poradniach nie mogą w tym samym czasie wykonywać pracy w innych komórkach organizacyjnych Szpitala.
7. Organizacyjnie lekarze Zespołu Przychodni Specjalistycznych podlegają

pod właściwego Kierownika Oddziału, natomiast pielęgniarki podlegają pod Kierownika Zespołu Przychodni Przychodni Specjalistycznych.

8. W ramach Zespołu Przychodni Przychodni Specjalistycznych funkcjonuje Poradnia Medycyny Pracy do zadań, której należy:
- a) Przeprowadzanie wstępnych badań u kandydatów do pracy.
 - b) Przeprowadzanie okresowych i kontrolnych badań u pracowników podlegającym tym badaniom według obowiązujących przepisów.
 - c) Udzielanie indywidualnych porad lekarskich pacjentom zgłaszającym się do gabinetu.
 - d) Udzielanie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy i w nagłych zachorowaniach.
 - e) Współpraca ze Służbami BHP w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników.
 - f) Uczestniczenie w inicjatywach prozdrowotnych na rzecz pracujących, zwłaszcza dotyczących realizacji programów promocji zdrowia.
 - g) Współdziałanie z organami nadzoru i kontroli warunków pracy.
 - h) Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów w sposób czytelny i zgodny z obowiązującymi przepisami prawa.
 - i) Wykonywanie innych czynności związanych bezpośrednio z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.

§ 83.

Zespół Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych

W Zespole Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych funkcjonują gabinety zabiegowe dla poszczególnych poradni, w których udzielane są procedury zabiegowe w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

§ 84.

Zespół Pracowni Diagnostycznych

1. Zadaniem Zespołu Pracowni Diagnostycznych jest wykonywanie badań u pacjentów leczonych w oddziałach, poradniach oraz skierowanych przez inne podmioty lecznicze na

podstawie odrębnych umów.

2. Zespół Pracowni Diagnostycznych umożliwi wykonanie kompleksowej diagnostyki w ramach specjalności danej pracowni.
3. Nadzór nad pracownikami sprawują osoby kierujące oddziałami w zakresie prowadzonych specjalności za wyjątkiem Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego, którą kieruje Kierownik.
4. W Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego wykonuje się zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach szpitala oraz w trybie ambulatoryjnym: badania diagnostyczne (gastroskopia, kolonoskopia, duodenoskopia, ERCP, z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego oraz oznaczenie obecności *Helicobacter pylori*), przełyk (usuwanie polipów, rozszerzanie zwężeń nowotworowych koagulacja strumieniem argonowym, leczenie żyłaków- opaskowanie, sklerotyzacje, iniekcje, ablacja nabłonka w przełyku Barreta – plazmowa koagulacja argonowa, RFA), żołądek i dwunastnica (usuwanie polipów – polipektomia, mukozektomia, dyssekcja podśluzówkowa, tamowanie krwawień – terapia iniekcyjna, termokoagulacja oraz elektroagulacja kontaktowa i bezkontaktowa, terapia mechaniczna- zakładanie klipsów hemostatycznych i opasek gumowych, wprowadzanie cewników do zwężeń – przezskórna endoskopowa gastrostomia, sonda do żywienia dojelitowego), jelito grube (uswanie polipów, tamowanie krawień, paliatywne rozszerzani zwężeń – protezowanie, koagulacja), wątroba (biopsja wątroby, usg jamy brzusznej , USG doppler), trzustka i drogi żółciowe (usuwanie złogów dróg żółciowych, protezowane dróg żółciowych, drenaż przezskórny dróg żółciowych).

§ 85.

Zakład Diagnostyki Obrazowej

1. W skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej wchodzi:
 - a) Pracownia Rentgenodiagnostyki,
 - b) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - c) Pracownia Rezonansu Magnetycznego z aparatami zlokalizowanymi:
 - w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej,
 - w Centralnym Trakcie Operacyjnym – Blok Operacyjny Neurochirurgii.
 - d) Pracownia Ultrasonografii
2. W pracowniach realizowane są całodobowe świadczenia medyczne dla pacjentów Szpitala

w zakresie diagnostyki obrazowej.

§ 86.

Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej

1. Centrum Diagnostyki laboratoryjnej wykonuje świadczenia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i transfuzjologii klinicznej.
2. W ramach Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej funkcjonują:
 - a) Zakład Mikrobiologii,
 - b) Zakład Analityki Medycznej,
 - c) Pracownia Toksykologii,
 - d) Pracownia Chromatografii,
 - e) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
 - f) Bank Krwi,
 - g) Zakład Farmakogenetyki. – *dodano Zarządzeniem Dyrektora nr 322/2025 – obowiązuje od dnia 1.10.2025 r.*
3. Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej podlega organizacyjnie Dyrektorowi ds. Medycznych, który nadzoruje jego prawidłową działalność przy udziale Koordynatora i Kierowników Zakładów/Pracowni.
4. Zakłady / Pracownie podlegają odpowiednio wyznaczonym Kierownikom / Koordynatorom.
5. Każda pracownia ma opiekuna odpowiadającego merytorycznie za codzienną kontrolę jakości, walidację wyników badań, prawidłowym działaniem analizatorów oraz stanem odczynników.
6. Pracownia serologii transfuzjologicznej oraz bank krwi zgodnie z wymogami mają kierownika.
7. Zadaniem Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej jest wykonywanie badań z zakresu analityki medycznej na zlecenie właściwych komórek Szpitala, jak również badań specjalistycznych na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie odrębnych umów.
8. Zadaniem Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej jest dostarczenie pełnej informacji o stanie zdrowia na podstawie materiału diagnostycznego.

9. Zadaniem Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej jest wykrycie zmian jakościowych i ilościowych w materiale biologicznym na podstawie znajomości patofizjologii wielu chorób oraz procesów życiowych
10. Zadaniem Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej jest określenie wybranych cech fizycznych, morfologicznych, biochemicznych, immunologicznych i innych w różnicowaniu zdrowia i choroby.
11. Zadaniem Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej jest współpraca z osobami kierującymi oddziałami i kierownikami innych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie korzystania z usług Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej.

§ 87.

Zespół Domowego Leczenia Tlenem

Zadaniem Zespołu Domowego Leczenia Tlenem jest leczenie i sprawowanie opieki nad pacjentami wymagającymi przewlekłej tlenoterapii w warunkach domowych.

§ 88.

Zespół Psychologów

1. Analiza dokumentacji medycznej pacjenta skierowanego na konsultację psychologiczną.
2. Przeprowadzanie rozmów, wywiadów z pacjentami.
3. Podejmowanie decyzji o wykonaniu badań diagnostycznych za pomocą testów psychologicznych.
4. Określenie trudności psychologicznych pacjenta i/lub ewentualnych deficytów wymagających działań terapeutycznych.
5. Udzielanie pacjentowi wsparcia, pomocy psychologicznej.
6. Inicjowanie szerszych działań na przykład za zgodą pacjenta rozmowa z jego bliskimi na temat sytuacji psychologicznej pacjenta.
7. W razie konieczności – udzielenie pomocy psychologicznej rodzinie pacjenta hospitalizowanego w Szpitalu.
8. Podejmowanie działań rehabilitacyjnych w przypadku wskazań do terapii neurokognitywnej.
9. Udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji dotyczących dalszego

postępowania

(na przykład w przypadku konieczności dalszej terapii po wypisaniu ze Szpitala).

10. Wypełnianie dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie przeprowadzonej konsultacji w formie wniosków i propozycji dalszych działań.

§ 89.

Zakład Rehabilitacji

1. Zakład Rehabilitacji wykonuje świadczenia w zakresie rehabilitacji medycznej i fizjoterapii,
w szczególności:
 - a) kinezyterapię,
 - b) masaż leczniczy,
 - c) fizykoterapię,
 - d) hydroterapię.
2. Ćwiczenia oraz zabiegi mają na celu przywrócenie pacjentowi sprawności fizycznej.

§ 90.

Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej

1. Prowadzenie kompleksowej ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej wczesnej i późnej pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego, angioplastyce wieńcowej, zabiegach kardiochirurgicznych, zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej, w przypadku zaostrzeń niewydolności serca oraz innych schorzeniach układu krążenia ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej w trybie dziennym.
2. Wykonywanie badań diagnostycznych (próby wysiłkowe, badanie Holter EKG i RR).
3. Edukacja pacjentów w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia oraz zdrowego trybu życia.
4. Nadzór nad Ośrodkiem Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej sprawuje Kierownik Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej.

§ 91.

Stacja Dializ

1. Stacja Dializ udziela świadczeń w zakresie dializoterapii.
2. Dializoterapię stosuje się ją u pacjentów z ostrą lub przewlekłą niewydolnością nerek.
3. Nadzór nad Stacją Dializ sprawuje Kierownik Oddziału Nefrologii.

§ 92.

Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta

1. Czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Pomoc pacjentom w dochodzeniu ich praw związanych z przyjęciem, leczeniem, wypisem ze Szpitala.
3. Interweniowanie w przypadku naruszenia praw pacjenta.
4. Przygotowanie odpowiedzi na skargi i wnioski pacjentów.
5. Pomoc pacjentom we wszystkich sytuacjach, które w ich ocenie stanowią naruszenie ich praw i interweniowanie poprzez możliwie szybkie wyjaśnienie zaistniałej sytuacji.
6. Szkolenie personelu z zakresu komunikacji interpersonalnej i praw pacjenta.
7. Współpraca z Działem Skarg i Wniosków przy Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta.
8. Udział w konferencjach i szkoleniach dla pełnomocników ds. praw pacjenta.

§ 93.

Koordinator ds. Transplantologii

Do podstawowych zadań Koordynatora ds. Transplantologii należy:

- a) identyfikacja potencjalnych dawców narządów w szpitalu,
- b) współpraca z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji POLTRANSPLANT, realizacja zadań wynikających z tej współpracy,
- c) zgłaszanie potencjalnych dawców narządów,
- d) autoryzacja pobrania w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii

prokuratora w przypadkach, gdy to jest konieczne;

- e) organizacja opieki nad potencjalnym dawcą;
- f) organizacja koordynacji pobrania narządów i tkanek, poprzez dokonanie uzgodnień dotyczących czasu, miejsca, sposobu pobrania,
- g) nadzór nad przebiegiem procesu pobrania, sposobu przekazania i transportu do biorcy,
- h) prowadzenie dokumentacji związanej z pobraniem narządów,
- i) działalność edukacyjno-promocyjna w zakresie transplantologii.

§ 94.

Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

1. Opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
2. Ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
3. Opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprophylaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu.

§ 95.

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

1. Opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
2. Prowadzenie kontroli wewnętrznej, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi Szpitala i Komitetowi Zakażeń Szpitalnych;
3. Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
4. Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

§ 96.

Zakład Patomorfologii

W skład Zakładu Patomorfologii wchodzi:

1. Pracownia histopatologiczna, w której podmiot zewnętrzny wykonuje diagnostykę patomorfologiczną.
2. Prosektorium, w którym przechowywane oraz wydawane są zwłoki osób zmarłych w Szpitalu zgodnie z obowiązującymi przepisami, a także wykonywane są sekcje zwłok osób zmarłych w Szpitalu.

§ 97.

Koordinator ds. onkologii

Do podstawowych zadań Koordynatora ds. onkologii należy:

1. Udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego.
2. Koordynacja diagnostyki i leczenia onkologicznego na poszczególnych etapach opieki onkologicznej w tym m.in. nadzór nad sprawną realizacją procesu terapeutycznego pacjenta posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.
3. Sprawdzanie dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta w zakresie jej kompletności

§ 98.

Transport Zewnętrzny

Do podstawowych zadań Transportu Zewnętrznego należy:

1. Transport materiału do badań, krwi i jej preparatów.
2. Transport pacjentów.
3. Transport pacjentów dializowanych.
4. Transport pacjentów hospitalizowanych na badania konsultacje i zabiegi wykonywane poza Szpitalem.
5. Przewóz lekarzy do pobrań wielonarządowych.
6. Wykonywanie innych przewozów wynikających z działalności Szpitala.

7. Terminowe dokonywanie okresowych przeglądów posiadanego taboru samochodowego.
8. Nadzór nad utrzymaniem sprawności technicznej posiadanego taboru samochodowego.
9. Nadzór nad umowami ubezpieczenia posiadanego taboru samochodowego.
10. Nadzór nad umowami transportu.
11. Prowadzenie ewidencji paliwa.
12. Prowadzenie ewidencji wykorzystania floty samochodowej.

§ 99.

Konsultant ds. antybiotykoterapii

Do zadań Konsultanta ds. antybiotykoterapii należy:

1. Przeprowadzanie przeglądów leków pacjentów przyjętych na oddział, a także w razie rozpoznania potrzeby lub polecenia Kierownika Oddziału, Dyrektora ds. Medycznych, Dyrektora.
2. Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów lekowych.
3. Przeprowadzania audytów lekowych na polecenie Dyrektora ds. Medycznych.
4. Kontrola antybiotykoterapii, leków wysokiego ryzyka, interwencji żywieniowych (włącznie z rozliczaniem z NFZ).
5. Sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi oraz Dyrektorowi ds. Medycznych raportów z przeprowadzonych audytów, analiz, kontroli.

Rozdział IV Pion Naczelnej Pielęgniarki

§ 100.

Naczelna Pielęgniarka

1. Naczelna Pielęgniarka sprawuje nadzór nad:
 - a) zapewnieniem kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu,
 - b) sekcją ds. żywienia i dietetyki,
 - c) usługami świadczonymi przez podmioty zewnętrzne,
 - d) sanitariuszami szpitalnymi, opiekunami medycznymi oraz ratownikami medycznymi,
 - e) Pracownikiem Socjalnym.
2. Naczelna Pielęgniarka obejmuje swoim zakresem Obszar Pielęgniarstwa, którego zadaniem jest udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych,

lecznicznych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

3. Naczelna Pielęgniarka pełni nadzór nad usługami świadczonymi przez podmioty zewnętrzne w zakresie:

- a) Żywienia
- b) Centralnej Sterylizacji
- c) Usługi Higieny Szpitalnej
- d) Usługi Pralnicze

4. Zadania merytoryczne Naczelnej Pielęgniarki:

- a) Opracowywanie struktury organizacyjnej obszaru pielęgniarskiego, określanie liczby i rodzaju pielęgniarskich stanowisk pracy, ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności oraz kwalifikacji. Opracowywanie zakresów obowiązków i opisu stanowisk pracy podległego personelu wymaganych na poszczególnych stanowiskach pracy.
- b) Planowanie i organizowanie właściwego rozmieszczenia i wykorzystania personelu: podział etatów pomiędzy poszczególne komórki organizacyjne sprawujące opiekę pielęgniarską, akceptacja planów miesięcznej obsady w oddziałach, akceptacja rocznych planów urlopów podległego zespołu, organizowanie zastępstw na czas nieobecności podległych pracowników.
- c) Nadzorowanie właściwego poziomu i organizacji pracy podległego personelu oraz polityki kadrowej prowadzonej w oddziałach przez pielęgniarki oddziałowe, diagnozowanie i rozwiązywanie problemów organizacyjnych w celu zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami.
- d) Monitorowanie i ocenianie jakości świadczeń pielęgniarskich, stosowanych metod opieki, stosowania się do standardów, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy.
- e) Nadzór i koordynacja pracy Sekcji ds. żywienia i dietetyki.
- f) Nadzór nad usługami świadczonymi przez podmioty zewnętrzne (tj. żywienie, sterylizacja, usługi higieny szpitalnej).
- g) Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.
- h) Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji pielęgniarskiej.
- i) Nadzór nad opracowywaniem standardów, procedur oraz ich realizacją w pielęgniarstwie.

- j) Uczestnictwo w programach jakości realizowanych na poziomie Szpitala.
- k) Planowanie i organizowanie doskonalenia zawodowego wewnątrzzakładowego podległego personelu oraz motywowanie i wnioskowanie kandydatów do różnych form doskonalenia zawodowego: szkolenia, kursy, konferencje, specjalizacje. Akceptacja planów rocznych szkoleń pielęgniarskich w oddziałach.
- l) Organizacja i prowadzenie okresowych odpraw z pielęgniarkami oddziałowymi i koordynującymi.
- m) Ocena podległego personelu, akceptacja i nadzór nad prowadzeniem rocznej oceny podległych pracowników.
- n) Realizowanie programu adaptacji zawodowej młodych pracowników.
- o) Informowanie Dyrektora o sprawach związanych z działalnością podległego personelu, opiniowanie i rozpatrywanie wniosków i skarg składanych przez podległy personel, współpracowników i pacjentów.
- p) Wnioskowanie w sprawie wynagradzania, premiowania i karania podległych pracowników.
- q) Współpraca z Dyrektorem ds. Medycznych bądź wyznaczonym przez Dyrektora Szpitala lekarzem w zakresie realizacji przez personel pielęgniarski udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- r) Wydawanie poleceń, udzielanie wskazówek i wytycznych podległym pracownikom w zakresie przydzielonych im zadań służbowych.
- s) Nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem przez podległych pracowników wszystkich przydzielonych im zadań.
- t) Nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników ustalonego w zakładzie porządku i dyscypliny pracy oraz tajemnicy służbowej.
- u) Nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników reżimu sanitarnego, przepisów przeciwpożarowych oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
- v) Koordynowanie współdziałania pielęgniarek z przedstawicielami innych zawodów oraz działami pomocniczymi szpitala w celu zapewnienia warunków do realizacji świadczeń opiekuńczych, diagnostycznych i leczniczych.
- w) Nadzorowanie realizacji umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi w zakresie, utrzymania czystości, prania bielizny szpitalnej oraz sterylizacji sprzętu medycznego,

w szczególności terminów, zgodności dostaw towarów, prawidłowości realizacji usług, dostarczenia certyfikatów oraz innych wymaganych dokumentów.

- x) Przestrzeganie zasad polityki bezpieczeństwa ochrony zbiorów danych osobowych na stanowisku pracy, tajemnicy zawodowej i służbowej.
- y) Współpraca z zespołami i komisjami powołanymi przez Dyрекcję Szpitala.
- z) Wykonywanie innych czynności związanych bezpośrednio z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.

§ 101.

Pracownik Socjalny

Do zadań prawnika socjalnego należy:

1. Prowadzenie spraw pacjentów nieubezpieczonych: przyjmowanie zgłoszeń z oddziałów, współpraca z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej i jego placówkami terenowymi, inicjowanie procedur o przyznaniu stopnia niepełnosprawności.
2. Organizowanie miejsc dla pacjentów wymagających dalszej opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych, oddziałach dla przewlekle chorych, domach pomocy społecznej, hospicjach.
3. Zawiadamianie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej lub jego placówek terenowych o potrzebie zorganizowania stałej opieki w domu pacjenta.

Rozdział V Pion Dyrektora

§ 102.

Dział Kadr

- I. **Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.**
- II. **Do podstawowych zadań Działu Kadr należy:**
 1. Zadania związane z zasobami ludzkimi.
 2. Rekrutacja, zatrudnianie i zwalnianie pracowników.
 3. Prowadzenie w wersji papierowej i systemie komputerowym dokumentacji kadrowej ZUS, a w szczególności: ewidencjonowanie nieobecności, rozliczanie czasu pracy, zgłaszanie i wyrejestrowywanie pracowników i członków ich rodzin do ZUS.

4. Opracowywanie projektów, zarządzeń, instrukcji, regulaminów związanych ze stosunkiem pracy (m.in. Regulamin Pracy, Regulamin ZFŚS, Regulamin Wynagradzania, Regulamin Podróży Służbowych).
5. Opracowywanie i realizacja planu zatrudnienia na każdy rok kalendarzowy.
6. Gromadzenie i przetwarzanie danych dotyczących zasobów ludzkich.
7. Realizowanie polityki zarządzania kadrami w zakresie merytorycznym Działu.
8. Realizacja działalności socjalnej zgodnie z przyjętym Regulaminem ZFŚS.
9. Współpraca z organami kontroli zewnętrznej w zakresie udzielania informacji dotyczących organizacji pracy, zatrudnienia i ubezpieczeń społecznych.
10. Organizacja, nadzór i realizacja staży, prac interwencyjnych i innych form aktywizacji bezrobotnych oraz skazanych - współpraca z Powiatowymi Urzędami Pracy i Kuratorami Sądowymi.
11. Opracowywanie danych dotyczących struktury zatrudnienia według potrzeb Dyrekcji Szpitala.
12. Prowadzenie sprawozdawczości dla GUS, Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego, PFRON, PIP, ZUS oraz innych organów.
13. Organizacja i nadzór nad stażami i praktykami zawodowymi odbywającymi się w Szpitalu.
14. Organizacja i nadzór nad stażami i praktykami pracowników Szpitala.
15. Organizacja szkoleń specjalistycznych i doskonalących.
16. Nadzór nad realizacją umów z uczelniami, szkołami w zakresie organizowania na terenie Szpitala praktyk oraz kursów.
17. Badanie potrzeb szkoleniowych pracowników.
18. Badanie kompetencji pracowników.
19. Sporządzanie planów szkoleń.
20. Opracowywanie programów szkolenia i doskonalenia zawodowego dla potrzeb Szpitala.
21. Nadzór nad realizacją umów z Uczelniami Wyższymi w sprawie udostępniania Śląskiemu uniwersytetowi medycznemu w Katowicach Oddziałów Szpitalnych zwanych dalej „oddziałami klinicznymi” na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
22. Działania wspierające organizację konferencji, sympozjów, zjazdów, seminariów, przedsięwzięć edukacyjnych /szkolenia, kursy/, informacyjnych odbywających się na terenie Szpitala.
23. Koordynacja i nadzór działań związanych z przeprowadzaniem badań ankietowych

realizowanych dla na terenie Szpitala.

24. Wycieczki edukacyjne, nadzór nad prowadzeniem szkoleń na terenie Szpitala przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem uczelni medycznych.
25. Nadzór nad organizacją przeprowadzanych zajęć dydaktycznych przez komórki organizacyjne Szpitala /oddziały, poradnie.
26. Przeprowadzanie procedur postępowania konkursowego na zabezpieczenie wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki, ratowników oraz inny personel medyczny, świadczeń zdrowotnych w sposób określony w przepisach prawnych powszechnie obowiązujących oraz aktach prawa wewnętrznego WSS nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.
27. Prowadzenie dokumentacji oraz baz danych w zakresie realizowanych zadań.
28. Weryfikacja zasadności oraz zgodności z treścią umowy faktur wystawianych za zrealizowane świadczenia zdrowotne przez lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych oraz inny personel medyczny i niemedyyczny.
29. Zawieranie, na wniosek /za zgodą właściwego merytorycznie Dyrektora oraz Dyrektora Szpitala umów cywilnoprawnych zakresie innym niż z udzielanie świadczeń zdrowotnych.
30. Współpraca z komisją ds. Kształcenia przed i podyplomowego.
31. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy, pielęgniarek oraz innego personelu medycznego.

§ 103.

Dział Organizacji i Zarządzania Jakością

I. W ramach struktury wewnętrznej Działu funkcjonuje:

- 1) Dział Organizacji i Zarządzania Jakością
- 2) Sekretariaty Dyrektorów *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.*

II. Działem kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność oraz jest osobą odpowiedzialną za utrzymanie i nadzór Zintegrowanego Systemu Zarządzania wg normy ISO 9001, ISO 27001, a także standardami akredytacyjnymi.

III. Do podstawowych zadań Działu Organizacji i Zarządzania Jakością należy:

1. Prowadzenie spraw związanych z rejestracją Szpitala, a w szczególności:
 - a. sporządzanie wniosków do Urzędu Marszałkowskiego o wprowadzenie zmian w Statucie Szpitala,

- b. sporządzanie wniosków do Urzędu Wojewódzkiego o wpis zmian do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - c. sporządzanie wniosków o zmianę danych w Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Przygotowanie materiałów na posiedzenia Rady Społecznej Szpitala, prowadzenie akt oraz dokumentacji pracy Rady Społecznej.
 3. Opracowywanie struktury organizacyjnej i regulaminu organizacyjnego oraz innych wewnętrznych aktów prawnych wymaganych do funkcjonowania Szpitala.
 4. Sporządzanie zarządzeń wewnętrznych na podstawie składanych przez komórki organizacyjne wniosków.
 5. Prowadzenie ewidencji zarządzeń wewnętrznych, umieszczanie informacji w ikonie „I”.
 6. Wdrażanie postanowień regulaminów wewnętrznych oraz przedkładanie Dyrektorowi Szpitala propozycji i wniosków, co do potrzeby aktualizacji i dokonywania niezbędnych zmian.
 7. Przeprowadzanie procedury postępowania konkursowego na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Szpitala na wniosek właściwego Dyrektora.
 8. Zawieranie umów w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Szpitala.
 9. Zawieranie umów z innymi podmiotami leczniczymi.
 10. Zawieranie umów w zakresie darowizn produktów leczniczych, wyrobów medycznych.
 11. Prowadzenie Centralnego Rejestru Umów zawieranych przez Szpital, umożliwiającego ich przedmiotowy podział.
 12. Prowadzenie ewidencji kontroli przeprowadzanych przez organy zewnętrzne.
 13. Współpraca z organami kontroli zewnętrznej w zakresie udzielania informacji dotyczących organizacji wewnętrznej Szpitala.
 14. Obsługa spotkań Dyrekcji z organizacjami związkowymi działającymi w Szpitalu poprzez protokołowanie przebiegu spotkań.
 15. Prowadzenie zbioru dokumentacji w tym wewnętrznych aktów prawnych dotyczących organizacji zarządzania Szpitalem.
 16. Prowadzenie spraw w zakresie skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające z usług Szpitala, w tym prowadzenie ich ewidencji.
 17. Prowadzenie dokumentacji oraz baz danych w zakresie badań naukowych, współpraca z uczelniami w zakresie badań naukowych.

18. Nadzór nad pracownikami Sekretariatów Dyrektorów w zakresie sprawowania kontroli nad bieżącym wykonywaniem zadań.
19. Prowadzenie rejestru spraw sądowych.
20. Zgłaszanie roszczeń pacjentów do Brokera Ubezpieczeniowego.
21. Sporządzanie oraz prowadzenie rejestru udzielanych pełnomocnictw
22. Prowadzenie ewidencji oraz wydawanie pieczętek dla pracowników Szpitala.
23. Działania związane z ustanowieniem, udokumentowaniem, wdrożeniem i utrzymaniem systemu zarządzania jakością.
24. Przeprowadzanie badania opinii pacjenta na temat świadczonych usług.
25. Budowanie odpowiedniego podejścia do doskonalenia funkcjonowania Szpitala pod kątem jakości.
26. Nadzorowanie systemu jakości.
27. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie skuteczności wdrożonego systemu zarządzania jakością oraz ciągłego doskonalenia systemu.
28. Nadzorowanie i weryfikacja przyjętego planu poprawy jakości oraz wskaźników jakości.
29. Nadzór, koordynacja i realizacja badań naukowych
30. Nadzór, koordynacja i realizacja prac w zakresie badań naukowych we współpracy z oddziałami Szpitala.

§104 – *wykreślony Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.*

§105

Sekretariaty Dyrektorów

zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.

I. Zakres czynności:

1. Obsługa kalendarza spotkań Dyrekcji.
2. Organizacja i koordynacja spotkań Dyrekcji, w tym rezerwacja sal.
3. Rejestrowanie, przyjmowanie, przekazywanie korespondencji zgodnie z dekreacją właściwego Dyrektora.
4. Dbałość o prawidłowy obieg dokumentów zgodnie z procedurami obowiązującymi w Szpitalu.
5. Przekazywanie informacji między Dyrekcją a komórkami organizacyjnymi.

6. Przyjmowanie telefonów, udzielanie podstawowych informacji.
7. Koordynacja dokumentów wymagających podpisu Dyrektora.
8. Prowadzenie elektronicznej książki kontroli.

§105a

Dział Zarządzania Dokumentacją

dodane Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.

- I. Dział Zarządzania Dokumentacją jest komórką organizacyjną odpowiedzialną za kompleksowe zarządzanie dokumentacją Szpitala, nadzór nad obiegiem dokumentów i informacji, obsługę kancelaryjną, archiwizację oraz zapewnienie zgodności procesów dokumentacyjnych z przepisami prawa, standardami HIS i polityką jakości Szpitala.
- II. Działem kieruje **Kierownik Działu**, który odpowiada za jego prawidłowe funkcjonowanie, nadzoruje wszystkie procesy realizowane w Dziale oraz reprezentuje Dział wobec kierownictwa Szpitala i instytucji zewnętrznych.
- III. *Do podstawowych zadań Działu należy:*
 1. *Koordinacja procesów cyfryzacji i wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej przez:*
 - a. *współpracę przy wdrażaniu i obsłudze elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) oraz dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,*
 - b. *obsługę systemów informatycznych związanych z dokumentacją medyczną,*
 - c. *przygotowanie danych do raportowania do NFZ i innych instytucji.*
 2. *Wspieranie procesów kontrolnych, audytowych i akredytacyjnych przez:*
 - a. *Udział w opracowywaniu procedur i instrukcji związanych z obiegiem dokumentacji medycznej.*
 - b. *Współpracę przy procesach akredytacyjnych i certyfikacyjnych w zakresie dokumentacji medycznej.*
 - c. *Monitorowanie poprawności i kompletności dokumentacji medycznej.*
 - d. *Informowanie kierowników komórek organizacyjnych o stwierdzonych nieprawidłowościach.*
 3. *Współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala poprzez doradztwo i wsparcie w zakresie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.*
 4. *Wspieranie procesów związanych z elektronicznym zarządzaniem dokumentacją (EZD).*
 5. *Zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych przez:*
 - a. *Zapobieganie nieuprawnionemu dostępowi do dokumentacji medycznej.*
 - b. *Przestrzeganie zasad RODO oraz krajowych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i informacji wrażliwych.*
 6. *Digitalizacja dokumentacji medycznej.*
 7. *Obsługa administracyjna sekretariatów oddziałów.*

8. Archiwizacja dokumentacji.
 9. Udostępnianie dokumentacji medycznej.
 10. Obsługa kancelaryjna.
- IV. Pod Dział Zarządzania Dokumentacją Medyczną organizacyjnie podlegają sekretariaty oddziałów, a także osoby udostępniające dokumentację medyczną.

§105b

Archiwum

dodane Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.

I. Komórką organizacyjną kieruje Koordynator, który odpowiada za jej prawidłową działalność. - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 obowiązuje od 2.03.2026 r.*

II. Do podstawowych zadań Archiwum należy:

1. Przestrzeganie zapisów normatywów kancelaryjno-archiwalnych Szpitala:
 - a) instrukcji kancelaryjnej,
 - b) instrukcji archiwalnej,
 - c) rzeczowego wykazu akt.
2. Nadzór nad zgodnym z prawem przyjmowaniem, przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji.
3. Digitalizacja dokumentacji medycznej.
4. Interweniowanie w sytuacjach braku terminowego zwrotu wypożyczonej dokumentacji.
5. Inicjowanie brakowania dokumentacji oraz udział w komisyjnym jej brakowaniu.
6. Każdorazowe uzyskanie zgody Archiwum Państwowego w Katowicach na wybrakowanie dokumentacji niearchiwalnej.
7. Nadzór nad bezpiecznym zniszczeniem wybrakowanej dokumentacji.
8. Nadzór nad zbiorczą ewidencją prowadzoną przez Archiwum Szpitala.
9. Opracowanie harmonogramu pracy Archiwum Szpitala.
10. Sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności Archiwum Szpitala, które powinny zawierać:
 - a) ilości przyjętej dokumentacji z komórek organizacyjnych (ilość teczek),
 - b) ilości dokumentacji udostępnionej - historii chorób oraz pozostałej (teczki, segregatory),
 - c) ilości dokumentacji wybrakowanej (ilość w mb.).
11. Sporządzanie rocznych sprawozdań z przebiegu przeglądów i aktualizacji normatywów kancelaryjno-archiwalnych.
12. Nadzór nad właściwym stanem pod względem BHP i Ppoż. Archiwum Szpitala.

13. Ciągła współpraca z Archiwum Państwowym w Katowicach w zakresie aktualizacji Jednolitego rzeczowego wykazu akt.
14. Wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.
15. Dbłość o trzymywanie w stanie uporządkowanym dokumentacji (łącznie z dokumentacją osobową i płacową), znajdującej się w magazynach Archiwum Szpitala w tym:
 - a) rozpoznanie przynależności zespołowej,
 - b) segregacja dokumentacji,
 - c) kwalifikacja archiwalna,
 - d) systematyzacja dokumentacji w obrębie zespołu,
 - e) uzupełnianie opisów dokumentacji,
 - f) inwentaryzacja (ewidencja) dokumentacji i nadawanie sygnatury archiwalnej,
 - g) brakowanie dokumentacji niearchiwalnej, której okres przechowywania minął.
16. Przyjmowanie, udostępnianie i wypożyczanie akt (łącznie z dokumentacją osobową i płacową) oraz prowadzenie ewidencji akt przyjętych, udostępnionych i wypożyczonych zgodnie z przyporządkowanym osobowo obszarem.
17. Wydzielanie akt kwalifikujących się do zniszczenia oraz ewidencjonowanie tych akt w systemie komputerowym.
18. Wycofywanie akt z ewidencji Archiwum Szpitala w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej.
19. Współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie właściwego przygotowania akt do przekazania do Archiwum Szpitala.
20. Przechowywanie i zabezpieczanie przejętej dokumentacji oraz prowadzenie pełnej jej ewidencji archiwalnej.
21. Przygotowanie dokumentacji dla firmy, odbierającej ją w celu zniszczenia.
22. Codzienna kontrola wskazań mierników temperatury i wilgotności w magazynach archiwum oraz rejestracja wskazań w książce kontroli tych parametrów.

§105c

Kancelaria Ogólna

dodane Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.

Do zadań kancelarii należy:

1. Przyjmowanie, rejestrowanie, znakowanie i przekazywanie korespondencji przychodzącej.
2. Rejestrowanie i wysyłanie korespondencji wychodzącej.

3. Prowadzenie rejestrów kancelaryjnych, obsługa systemu elektronicznego obiegu dokumentów.
4. Zapewnienie zgodności działań z instrukcją kancelaryjną i JRWA.

§105d

Sekretariaty Oddziałów

dodane Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.

Do zadań Sekretariatów Oddziałów należy:

1. Prowadzenie obsługi administracyjnej Oddziałów.
2. Weryfikacja kompletności dokumentacji medycznej.
3. Prowadzenie wykazu chorych oddziału oraz sporządzanie zestawienia dziennego ruchu chorych w oddziale.
4. Prowadzenie kolejki oczekujących/harmonogramów przyjęć na świadczenia medyczne udzielane w danej komórce organizacyjnej.
5. Weryfikacja uprawnień pacjentów do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz realizowanie obowiązków związanych z pacjentem NN oraz pacjentem nieubezpieczonym.
6. Terminowe rozliczanie świadczeń zdrowotnych.
7. Zapewnienie sprawnego obiegu dokumentów w komórce organizacyjnej.
8. Aktualizacja ogłoszeń oraz wymaganych informacji w miejscach dostępnych dla pacjentów.
9. Utrzymywanie właściwych relacji interpersonalnych z personelem medycznym, administracją, pacjentami oraz osobami zewnętrznymi.

§ 106.

Dział Audytu i Kontroli Zarządczej i Wewnętrznej

- I. **Działem Audytu i Kontroli Wewnętrznej kieruje Kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi.**
- II. **Do podstawowych zadań Działu Audytu, Kontroli Zarządczej i Wewnętrznej należy:**
 1. Wspomaganie Dyrektora Szpitala w procesie usprawniania mechanizmów kontrolnych i zarządzania, bieżący monitoring i nadzór nad systemem kontroli zarządczej.
 2. Organizacja systemu kontroli zarządczej w Szpitalu zgodnie z obowiązującymi

przepisami tj. ustawami, rozporządzeniami i komunikatami Ministra Finansów.

3. Wykonywanie wszelkich czynności związanych z kontrolą zarządczą, polegających na podejmowaniu działań przez wszystkich pracowników, niezależnie od zajmowanego stanowiska, dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy oraz zgodny ze standardami kontroli zarządczej w Szpitalu.
4. Opracowanie, bieżący monitoring oraz aktualizacja obowiązujących procedur w Szpitalu w zakresie systemu kontroli zarządczej
5. Opracowanie, bieżący monitoring oraz aktualizacja obowiązujących procedur w Szpitalu w zakresie Polityki Antykorupcyjnej w WSS5.
6. Bieżące szkolenia pracowników nowo zatrudnianych z zakresu procedur i standardów kontroli zarządczej.
7. Udzielanie instruktażu i prowadzenia indywidualnych warsztatów dla kierowników komórek organizacyjnych z zakresu wprowadzenia procedur kontroli zarządczej w zarządzanych przez nich komórkach organizacyjnych.
8. Wspomaganie kierowników komórek organizacyjnych i pracowników pracujących na samodzielnych stanowiskach pracy w zakresie ustalenia celów, zadań, przeprowadzenia analizy ryzyk, prowadzenia rejestru ryzyk, składania sprawozdań z wykonania zadań i sprawozdań z wykonania celów przyjętych do realizacji na dany rok.
9. Dokonywanie analizy realizacji zadań, celów, analizy oświadczeń o stanie kontroli zarządczej, kwestionariuszy samooceny systemu kontroli zarządczej za dany rok w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala i raportowanie Dyrektorowi o stanie faktycznym.
10. Współdziałanie z kierownictwem najwyższego szczebla, kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie ustalenia zadań i celów dla Szpitala na dany rok oraz bieżący monitoring i nadzór nad ich wykonaniem.
11. Opracowywanie oraz sporządzanie sprawozdania z Planu Działalności wraz z Centralnym Rejestrem Ryzyka dla Szpitala na dany rok.
12. Sporządzanie rocznego planu audytu / kontroli na dany rok.
13. Przeprowadzanie kontroli instytucjonalnych zgodnie z wytycznymi obowiązującego regulaminu kontroli wewnętrznej w Szpitalu.
14. Przeprowadzanie zadań audytowych, tj. zadań zapewniających i czynności

doradczych, zatwierdzonych w rocznym planie audytu

15. Sporządzanie protokołów z audytów / kontroli.
16. Opracowanie wniosków i zaleceń pokontrolnych z przeprowadzonych kontroli, monitorowanie wykonania zaleceń. Raportowanie Dyrektorowi o sposobie wykonania wydanych zaleceń.
17. Sporządzanie sprawozdania z wykonania rocznego planu audytu / kontroli
18. Współpraca z audytorami i kontrolerami zewnętrznymi
19. Monitorowanie obszarów ryzyka WSS5,
20. Współdziałanie z organami kontroli zewnętrznej na polecenie Dyrektora Szpitala
21. Monitorowanie stanu wdrożenia zaleceń,
22. Podejmowanie czynności doradczych w kierunku realizacji celów i zadań.
23. Współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie bieżącego monitorowania i udoskonalania funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Szpitalu.
24. Współpraca z Zespołem Kontroli Zarządczej Urzędu Marszałkowskiego w zakresie doskonalenia systemu kontroli zarządczej w Szpitalu.
25. Współpraca z Zespołem Audytu Wewnętrznego Urzędu Marszałkowskiego w procesie doszkalania i doskonalenia systemu kontroli zarządczej w Szpitalu.
26. Współpraca z Departamentem Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w zakresie składania zadań, celów na dany rok dla Szpitala i sprawozdawczości z ich wykonania.
27. W celu zapewnienia realizacji zadań Działu Audytu, Kontroli Zarządczej i Wewnętrznej:
 - 1) Pracownicy działu mają zagwarantowane prawo dostępu do pomieszczeń WSS5 oraz wglądu do wszelkich dokumentów, informacji i danych oraz innych materiałów związanych z funkcjonowaniem WSS5, w tym utrwalonych na elektronicznych nośnikach danych, jak również do sporządzania ich kopii, odpisów, wyciągów, zestawień lub wydruków z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.
 - 2) Pracownicy WSS5 są obowiązani udzielać informacji i wyjaśnień, a także sporządzać i potwierdzać kopie, odpisy wyciągi lub zestawienia o których mowa w punkcie 1.

§ 107.

Dział Rozliczeń, Kontraktowania i Statystyki Medycznej

- I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.**
- II. Do podstawowych zadań Działu Rozliczeń, Kontraktowania i Statystyki Medycznej Świadczeń należy:**
 1. Prowadzenie całości spraw związanych z zawieraniem i aneksowaniem umów na świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 2. Weryfikacja zasobów szpitala pod kątem spełniania wymagań niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych,
 3. Aktualizacja umów zawartych przez szpital z NFZ (obsługa Portalu Świadczeniodawcy),
 4. Weryfikacja poprawności rozliczeń z NFZ udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz optymalizacja rozliczeń,
 5. Monitorowanie poziomu realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umów z NFZ oraz sporządzanie analiz dot. realizacji świadczeń na potrzeby wewnętrzne oraz zewnętrzne,
 6. Koordynowanie czynności związanych ze zmianami planu finansowego umów z NFZ (przygotowywanie wniosków o zmianę planu finansowego umów, analiza rzeczowo-finansowa kontraktów, informowanie komórek organizacyjnych o wartości planu finansowego oraz jego zmianach itd.),
 7. Wystawianie dokumentów rozliczeniowych do NFZ za wykonane w szpitalu świadczenia zdrowotne,
 8. Przekazywanie komórkom organizacyjnym szpitala informacji dotyczących zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z zawartych umów z NFZ,
 9. Przedstawianie/opiniowanie propozycji związanych z zakresem i strukturą świadczeń zdrowotnych w szpitalu,
 10. Obsługa kontroli zewnętrznych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych oraz koordynowanie realizacji zaleceń pokontrolnych,
 11. Koordynowanie sprawozdawczości prowadzonych w szpitalu harmonogramów przyjęć na świadczenia zdrowotne,
 12. Monitorowanie i analiza ruchu chorych oraz wskaźników statystyki medycznej,
 13. Sporządzanie sprawozdań dot. działalności medycznej szpitala do GUS, Urzędu Wojewódzkiego, Organu Tworzącego oraz na potrzeby wewnętrzne,
 14. Ocena merytoryczna faktur wystawianych przez personel medyczny zatrudniony w ramach umów cywilno-prawnych,

15. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentów szpitala,
16. Prowadzenie bieżącej korespondencji w ww. zakresach.

§ 108.

Służba BHP

- 1) Do zakresu działania Służby BHP należy:
 - a) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę,
 - b) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - c) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
 - d) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - e) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji szpitala albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,
 - f) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
 - g) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,

- h) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- i) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
- j) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
- k) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
- l) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- m) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- n) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
- o) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
- p) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
- q) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,

- r) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
- s) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
 - podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
 - podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
- t) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
- u) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

SAMODZIELNE STANOWISKA:

§ 109.

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

- I. Inspektor Ochrony Danych Osobowych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.**
- II. Do podstawowych zadań Inspektora Ochrony Danych Osobowych należy:**
 - 1. Informowanie i doradzanie ADO oraz pracownikom / współpracownikom ADO, którzy przetwarzają dane osobowe o spoczywających na nich obowiązkach związanych z przestrzeganiem przepisów dotyczących ochrony danych, w szczególności poprzez podnoszenie świadomości wśród personelu przetwarzającego dane osobowe oraz podmiotów przetwarzających dane osobowe na zlecenie ADO,
 - 2. Monitorowanie przestrzegania przez ADO, podmiot przetwarzający oraz pracowników, przepisów Rozporządzenia i innych przepisów prawa ochrony danych osobowych oraz regulacji wewnętrznych przyjętych u Administratora regulujących kwestie związane z

- przetwarzaniem danych osobowych;
3. Nadzór nad przestrzeganiem zasad ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych w Szpitalu w tym wykonywanie audytów w kwestiach związanych z przetwarzaniem i ochroną danych osobowych;
 4. Uczestniczenie oraz wspieranie ADO w dokonywaniu oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie wykonania oceny tych skutków;
 5. Współpraca z Urzędem Ochrony Danych Osobowych oraz pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla UODO w kwestiach związanych z przetwarzaniem oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
 6. Sprawowanie funkcji punktu kontaktowego dla osób, których dane są przetwarzane w Szpitalu, w szczególności dla pacjentów w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych;
 7. Podejmowanie działań w celu podnoszenia jakości funkcjonowania Szpitala, w zakresie przetwarzania danych osobowych;
 8. Inicjowanie okresowych przeglądów obowiązujących procedur i zarządzeń w zakresie ochrony danych osobowych;
 9. Nadzór nad procesem wydawania oraz odbierania upoważnień do przetwarzania danych oraz prowadzenie rejestru wydanych upoważnień;
 10. Nadzór nad prowadzeniem rejestru obszarów przetwarzania danych osobowych;
 11. Prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych;
 12. Nadzór nad prowadzeniem rejestru kategorii czynności przetwarzania danych;
 13. Nadzór nad prowadzeniem rejestru umów powierzenia danych osobowych;
 14. Udział w przeprowadzanych ocenach ryzyka wynikającego z operacji przetwarzania danych osobowych.
 15. Inspektor ochrony danych może wykonywać inne zadania i obowiązki. Administrator lub podmiot przetwarzający zapewniają, by takie zadania i obowiązki nie powodowały konfliktu interesów. Współpraca z organem założycielskim w zakresie ochrony danych osobowych.
 16. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w celu bieżącego monitorowania i udoskonalania procesów odnoszących się do ochrony danych.
 17. Kontakt z osobami, których dane dotyczą we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO.

§ 110.

Inspektor ds. Obronnych i Rezerw

1. Opracowanie Planu Przygotowań Szpitala na Potrzeby Obronne Państwa.
2. Kwartalne i roczne sporządzanie załączników do Planu Przygotowań:
 - a) bilans kadr medycznych,
 - b) plan rozwinięcia łóżek szpitalnych,
 - c) plan wydzielenia łóżek szpitalnych dla Sił Zbrojnych RP,
 - d) zestawienie dotyczące zatrudnienia,
 - e) zestawienie posiadanego personelu medycznego,
 - f) imienny wykaz kadry kierowniczej oraz osób funkcyjnych.
3. Opracowanie dokumentacji Stałego Dyżuru:
 - a) obsad stałego dyżuru – bieżąca aktualizacja,
 - b) wprowadzenie stałego dyżuru – po otrzymaniu sygnału,
 - c) opracowanie i przeprowadzenie szkolenia obsady Stałego Dyżuru – po otrzymaniu sygnału,
 - d) nadanie przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi obowiązującymi na wypadek ogłoszenia Stanów Podwyższonej Gotowości Obronnej Państwa oraz Wojny.
4. Opracowanie i aktualizacja dokumentacji Zapasowych Miejsc Szpitalnych:
 - a) ustalenie i bieżąca aktualizacja obsady medycznej ZMSz,
 - b) współdziałanie z Urzędem Miasta Sosnowca w kwestii obsady kierowniczej i technicznej na rzecz ZMSz,
5. Opracowanie i aktualizacja planu dowozu Zestawów Medycznych z Agencji Rezerw Materiałowych:
 - a) uruchomienie świadczeń rzeczowych i osobistych poprzez WZK – Sosnowiec,
 - b) rozdział wyposażenie zestawów medycznych zgodnie z otrzymanym sygnałem.
6. Wnioskowanie o umieszczenie zapisów w umowach cywilnoprawnych i podpisywanych porozumieniach z firmami świadczącymi usługi żywnościowe, pralnicze i inne na rzecz Szpitala
o zwiększeniu dostaw na wypadek ogłoszenia WSGO Państwa.
7. Przygotowanie i składanie wniosków do Prezydenta Miasta Sosnowca o nałożenie

świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz Szpitala w związku z nałożonymi zadaniami obronnymi.

8. Przygotowanie i składanie wniosków Wojskowych Centrów Rekrutacji (WCR) w sprawie wyłączenia personelu medycznego i innych pracowników od obowiązku pełnienia służby wojskowej w czasie mobilizacji i wojny.

9. Sporządzanie dokumentacji niejawnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

10. Współdziałanie z Inspektorem Ochrony p. poż. w zakresie opracowywania instrukcji p.poż.

w części dotyczącej ewakuacji.

11. Uczestnictwo w szkoleniach obronnych organizowanych przez Urząd Marszałkowski, Śląski Urząd Wojewódzki.

11a. Wykonywanie sprawozdań i bilansów oraz ocen ze stanu przygotowania Szpitala do realizacji zadań ochronnych dla Prezydenta Miasta Sosnowiec, Marszałka Województwa, Wojewody Śląskiego.

12. Uczestnictwo w ćwiczeniach organizowanych przez organy do tego uprawnione.

13. Współdziałanie w koordynowaniu prac związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych w przypadku zdarzeń masowych.

14. Realizacja zadań związanych z rozwijaniem i zabezpieczaniem bazy łóżkowej na wypadek wojny.

15. Realizacja zadań nałożonych przez Prezydenta Miasta Sosnowca w sytuacjach kryzysowych.

16. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji zadań.

§ 111.

Inspektor ochrony radiologicznej

1. Opracowywanie instrukcji pracy ze źródłami promieniowania RTG uwzględniającej poszczególne stanowiska pracy i rodzaje wykonywanych czynności dla poszczególnych grup zawodowych w celu stworzenia podstaw do bezpiecznego stosowania źródeł promieniowania jonizującego z punktu widzenia ochrony radiologicznej personelu i pacjentów, a następnie nadzorowanie przestrzegania tych instrukcji przez personel.

2. Szkolenie współpracowników oraz sprawdzanie i potwierdzenie ich kwalifikacji w zakresie znajomości zasad i umiejętności bezpiecznego wykonywania pracy z użyciem promieniowania RTG.
3. Wnioskowanie i opiniowanie w sprawach wyposażenia pracowni RTG w sprzęt ochronny i dozymetryczny.
4. Nadzór nad sprawnym i właściwym działaniem aparatów rentgenowskich, właściwym przebiegiem procesów wywoływania filmów oraz nad dobrą jakością stosowania materiałów i odczynników w celu zapewnienia otrzymywania wyników badań RTG o możliwie najwyższej jakości.
5. Nadzór nad sprawnym działaniem aparatury dozymetrycznej i aktualnością ich świadectw wzorcowania, przeprowadzenie kontrolnych pomiarów dozymetrycznych.
6. Nadzór nad prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy w miejscach promieniowania.
7. Informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego na podstawie danych nadesłanych przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.
8. Wstrzymywanie prac ze źródłem promieniowania w przypadku, gdy zostaną naruszone przepisy w zakresie ochrony radiologicznej.
9. Pisemne informowanie Kierownika o wynikach prowadzonego nadzoru w zakresie ochrony radiologicznej personelu i pacjentów.
10. Wykonywanie innych czynności związanych bezpośrednio z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.

§ 112.

Pełnomocnik do spraw Informacji Niejawnych

1. Do zadań Pełnomocnika do spraw Informacji Niejawnych należy:
 - a) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego;
 - b) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne;
 - c) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka;

- d) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;
 - e) opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji;
 - f) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych;
 - g) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających;
 - h) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zleczone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto;
 - i) przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, danych z prowadzonego wykazu osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa;
 - j) zawiadamianie ABW lub SKW, zgodnie z właściwością, o przypadkach naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych o klauzuli „poufne” lub wyższej.
2. Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu może powierzyć Pełnomocnikowi do spraw Informacji Niejawnych wykonywanie innych zadań, jeżeli ich realizacja nie naruszy prawidłowego wykonywania zadań, o których mowa w ust. 1.

§ 113.

Kapelan Szpitalny

1. Kapelan sprawuje opiekę duszpasterską nad hospitalizowanymi pacjentami według ich wyznania.
2. Czynności kapelana nie mogą naruszać wolności sumienia i wyznania pacjentów lub personelu, ani zakłócać pracy oddziału i Szpitala.

§ 114.

Biuro Prasowe

1. Do zadań Biura Prasowego należy:

- a) budowanie wizerunku Szpitala w mediach poprzez:
 - utrzymywanie stałego kontaktu z dziennikarzami,
 - adekwatną reakcję na publikacje dotyczące Szpitala,
 - promocję bieżącej działalności Szpitala,
 - organizowanie spotkań pracowników Szpitala z mediami,
 - reprezentowanie Szpitala w mediach – włącznie z organizacją i reprezentowaniem jednostki na konferencjach prasowych związanych z wydarzeniami dotyczącymi bieżącej działalności Szpitala oraz związanych z sytuacjami kryzysowymi,
 - intensywną współpracę z mediami lokalnymi i branżowymi,
 - przygotowywanie wystąpień i tekstów prasowych dla Dyrekcji Szpitala.
- b) budowanie wizerunku Szpitala w materiałach własnych poprzez:
 - informowanie pracowników Szpitala o ważnych decyzjach podejmowanych przez Dyrekcję,
 - informowanie pacjentów o wydarzeniach związanych z działalnością jednostki,
 - aktualizację newsów zawartych w witrynie internetowej Szpitala,
 - wewnętrzną realizację nagrań o tematyce medycznej z udziałem specjalistów Szpitala i ich publikacja w mediach społecznościowych,
 - tworzenie wewnętrznych materiałów promocyjnych (gazetek, broszur, ulotek), budujących wizerunek Szpitala oraz informujących o ważnych wydarzeniach/informacjach dot. funkcjonowania jednostki,
 - okresowe nagrywanie spotów promujących Oddziały Szpitalne oraz Lekarzy Specjalistów Szpitala wyświetlanych w systemie wewnętrznej telewizji Szpitalnej mającej na celu budowanie świadomości pacjentów na temat zapobiegania chorobom, ich diagnostyki i leczenia oraz funkcjonowania Szpitala,
 - organizację wydarzeń mających na celu budowanie pozytywnego wizerunku Szpitala.

- c) prowadzenie konta Szpitala w mediach społecznościowych ,
 - d) tworzenie materiałów promocyjnych,
 - e) przygotowanie i organizacja wraz z koordynacją wydarzeń społecznych o charakterze medycznym obejmującym promocję zdrowia i działalności szpitala (w tym organizacja we współpracy z Urzędem Marszałkowskim tzw. „miasteczek zdrowia”),
 - f) udział w spotkaniach dyrekcji dotyczących kreowania wizerunku, wraz z uczestnictwem w spotkaniach z podmiotami zewnętrznymi oraz z pracownikami szpitala,
 - g) organizowanie konferencji medycznych wraz z promocją, przygotowaniem materiałów informacyjnych oraz obsługą konferansjerską.
2. Zadania Biura prasowego realizowane są przez:
- Rzecznika prasowego,
 - pracownika biura prasowego.

§ 115.

Radcy Prawni

Świadczenie usług i doradztwa prawnego przez Kancelarię Prawną na podstawie zawartej umowy oraz świadczenie pomocy prawnej przez radców prawnych zatrudnionych na umowie o pracę polegającej w szczególności na udzielaniu porad i konsultacji prawnych, sporządzaniu opinii prawnych oraz opracowywaniu projektów aktów prawnych.

ROZDZIAŁ VI Pion Dyrektora ds. Ekonomicznych

§ 116.

Dyrektor ds. Ekonomicznych

Obowiązki w zakresie zadań merytorycznych:

1. Kierowanie i odpowiadanie za działalność Szpitala w granicach podporządkowanych komórek organizacyjnych oraz ustalanie zakresów czynności dla ich kierowników.

2. Prowadzenie polityki ekonomiczno-finansowej Szpitala wraz z nadzorem nad sporządzaniem sprawozdawczości w tym zakresie.
3. Aktywny udział w ustalaniu i realizacji polityki finansowej jednostki.
4. Nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z przygotowaniem i realizacją planu finansowego Szpitala.
5. Kontrolowanie kosztów działalności poszczególnych komórek i jednostek organizacyjnych Szpitala pod kątem planu finansowego.
6. Dążenie do optymalizacji kosztów Szpitala.
7. Informowanie Dyrektora Szpitala o aktualnej kondycji finansowej jednostki, możliwości zwiększenia efektywności finansowej, planowanych działaniach i prognozach oraz nieprawidłowościach.
8. Kontrolowanie zgodności realizowanych działań z przyjętą strategią i wyznaczonymi celami.
9. Przestrzeganie przepisów prawa mających zastosowanie w prowadzonej działalności Szpitala.
10. Poszukiwanie rozwiązań zapewniających optymalną rentowność jednostki.
11. Ocena ryzyka finansowego inwestycji, transakcji, lokat, rekomendowanie inwestycji.
12. Koordynowanie i nadzorowanie systemu sprawozdawczości finansowej.
13. Opracowywanie, analizowanie i realizowanie krótko, średnio, i długoterminowych strategii i planów finansowych Szpitala.
14. Nadzorowanie systemu zbierania i przepływu danych finansowych w jednostce.
15. Nadzór i odpowiedzialność za kontakty z urzędami i instytucjami finansowymi.
16. Koordynowanie negocjacji warunków lokat, kredytów, zatwierdzeń płatności.
17. Nadzorowanie działań finansowych Szpitala.
18. Przedkładanie comiesięcznych raportów z realizacji planów Szpitala.
19. Nadzorowanie prawidłowości rozliczeń podatkowych.
20. Zarządzanie utrzymaniem aparatury i urządzeń w Szpitalu.
21. Wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.

§ 117.

Główny Księgowy

I. Obowiązki:

1. Prowadzenie rachunkowości Szpitala, zgodnie z ustawą o rachunkowości i obowiązującymi przepisami szczególnymi.
2. Wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi.
3. Dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym.
4. Dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.
5. Dowodem dokonania wstępnej kontroli jest podpis złożony na dokumentach dotyczących danej operacji.
6. Złożenie podpisu na dokumencie, obok podpisu pracownika właściwego rzeczowo, oznacza, że Główny Księgowy:
 - a) nie zgłasza zastrzeżeń do przedstawionej przez właściwych rzeczowo pracowników oceny prawidłowości tej operacji i jej zgodności z prawem,
 - b) nie zgłasza zastrzeżeń do kompletności oraz formalno-rachunkowej rzetelności i prawidłowości dokumentów, dotyczących tej operacji,
 - c) zobowiązania wynikające z operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki.
7. W razie ujawnienia nieprawidłowości w zakresie określonym w ust. 5 Główny Księgowy, zwraca dokument właściwemu rzeczowo pracownikowi, a w razie nie usunięcia nieprawidłowości odmawia jego podpisania.
8. O odmowie podpisania dokumentu i jej przyczynach Główny Księgowy zawiadamia pisemnie Dyrektora. Dyrektor może wstrzymać realizację zakwestionowanej operacji albo wydać w formie pisemnej polecenie jej realizacji.
9. 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, według którego mają być wykonywane przez inne komórki organizacyjne jednostki prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów

i sprawozdawczości finansowej.

10. Terminowe sporządzanie rocznych i okresowych sprawozdań finansowych zgodnie z obowiązującymi przepisami, ogłaszanie zatwierdzonych sprawozdań i ścisła współpraca z biegłym rewidentem.
11. Organizacja i nadzór nad terminowym i prawidłowym sporządzaniem deklaracji VAT, PIT, ZUS, PFRON oraz innych obowiązujących sprawozdań, w tym dla organu założycielskiego, GUS, Ministerstwa Zdrowia, organów podatkowych a także pozostałej sprawozdawczości wynikającej z toku pracy Działu Finansowo-Księgowego.
12. Nadzór i kontrola nad wykonywaniem obowiązków przez pracowników Obszaru.
13. Nadzór nad prawidłowym naliczaniem i terminowym odprowadzaniem odpisu na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych.
14. Nadzór nad terminowym rozliczaniem dotacji budżetowych, pożyczek oraz środków finansowych uzyskanych od sponsorów.
15. Organizacja i nadzór nad procesem inwentaryzacji zgodnie z ustawą o rachunkowości.
16. Terminowe regulowanie zobowiązań Szpitala ze szczególnym uwzględnieniem zobowiązań z tytułu wynagrodzeń i publicznoprawnych, a przypadku pozostałych zobowiązań adekwatnie do posiadanych środków finansowych przez Szpital w dniu wymagalności tych zobowiązań.
17. Nadzór nad prawidłową windykacją należności Szpitala.
18. Aktywny udział w opracowywaniu planów finansowych Szpitala oraz sporządzanie sprawozdań za każdy miesiąc z ich wykonania.
19. Aktywny udział w ustalaniu i realizacji polityki finansowej Szpitala.
20. Racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi.
21. Koordynacja problematyki finansowo-ekonomicznej poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
22. Nadzór nad gospodarką kasową Szpitala, ewidencją analityczną kosztów, ewidencją ilościowo-wartościową składników majątkowych Szpitala.
23. Opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Szpitala, dotyczących prowadzenia rachunkowości oraz nadzór nad prawidłową realizacją, a w szczególności:
 - a) polityki rachunkowości, w tym zakładowego planu kont,
 - b) obiegu dokumentów (dowodów księgowych),

- c) gospodarki kasowej,
- d) zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji.

- 28. Zatwierdzanie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital, kontrasygnowanie wszelkich umów dotyczących zobowiązań finansowych.
- 29. Nadzór nad naliczaniem wynagrodzeń pracowniczych z tytułu umów o pracę, umów cywilno-prawnych, wypłat z innych tytułów niż wynagrodzenia za pracę (fundusz socjalny), wynagrodzeń dla lekarzy rezydentów i stażystów oraz narzutów i obowiązujących potrąceń z wypłat.
- 30. Wykonywanie innych obowiązków w zakresie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami, jak również odpowiedzialność z tytułu pełnionego nadzoru.
- 31. Ustalanie, bieżąca weryfikacja i przestrzeganie standardów kontroli finansowej i zarządczej.
- 32. Zabezpieczanie dokumentacji księgowej i innej służbowej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 33. Porównywanie wielkości wykonanych, analiza odchyleń.
- 34. Analiza i interpretacja rezultatów działalności dla wszystkich obszarów zgodnie z oczekiwaniami kadry zarządzającej.
- 35. Sporządzanie sprawozdań i raportów z działalności z wytycznymi kadry zarządzającej.
- 36. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Szpitala.
- 37. Wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem a zleconych przez przełożonego.

II. Komórki podległe Głównemu Księgowemu stanowią: Sekcja Rachunkowości Finansowej oraz Sekcja Płac

III. Do podstawowych zadań Sekcji Rachunkowości Finansowej należy:

- 1. Prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala.
- 2. Wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi.
- 3. Dokonywanie księgowania na kontach księgowych.
- 4. Dokonywanie operacji gotówkowych.
- 5. Dokonywanie rozliczeń finansowych bezgotówkowych.

6. Prowadzenie dokumentacji obrotu środkami pieniężnymi.
7. Analiza terminowości regulowania należności Szpitala, przygotowywanie wezwań do zapłaty i naliczanie odsetek z tytułu nieterminowych płatności.
8. Bieżące regulowanie zobowiązań Szpitala.
9. Obsługa rachunków bankowych i sporządzanie przelewów.
10. Obsługa kasy Szpitala.
11. Prowadzenie ewidencji majątku Szpitala.
12. Porównywanie wielkości wykonywanych, analiza odchyleń.
14. Analiza i interpretacja rezultatów działalności dla wszystkich obszarów zgodnie z oczekiwaniami kadry zarządczej.
15. Sporządzanie sprawozdań i raportów z działalności wytycznymi kadry zarządzającej.
16. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Szpitala.

IV. Do podstawowych zadań Sekcji Płac należy:

1. Naliczanie należnych świadczeń z ZUS (zasiłków chorobowych, macierzyńskich, rehabilitacyjnych).
2. Przygotowywanie wniosków emerytalnych i rentowych.
3. Naliczanie wynagrodzeń pracowników na podstawie dokumentów źródłowych oraz innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy.
4. Naliczaniem wypłat z innych tytułów niż wynagrodzenia za pracę (fundusz socjalny).
5. Naliczanie wynagrodzeń dla lekarzy rezydentów i stażystów.
6. Przygotowywanie kosztów wynagrodzeń poszczególnych jednostek organizacyjnych dla sekcji kosztów.
7. Ustalanie, pobieranie i odprowadzanie zaliczek na poczet podatku dochodowego od osób fizycznych.
8. Wprowadzanie zajęć sądowych i innych zobowiązań pracowniczych do listy płac.
9. Przygotowywanie przelewów wynagrodzeń na ROR-y pracowników zgodnie z systemem informatycznym obowiązującym w szpitalu.
10. Sporządzanie lub współudział w sporządzaniu okresowych sprawozdań dla GUS, Ministerstwa Zdrowia i Urzędu Marszałkowskiego w zakresie wykonywania funduszu płac.
11. Dokonywanie rozliczeń z ZUS z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, fundusz pracy.

12. Sporządzanie zaświadczeń o zarobkach na prośbę pracowników.
13. Sporządzanie zaświadczeń ZUS Rp-7.
14. Przygotowywanie korespondencji z ZUS, US, komornikami, itp.
15. Sporządzanie wymaganych przepisami prawa analiz i sprawozdań statystycznych.

§ 118.

Dział Kosztów i Controllingu

I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.

II. Do podstawowych zadań Działu Kosztów i Controllingu należy:

1. Analiza rentowności planowanych przedsięwzięć w Szpitalu, prognoza kosztów/przychodów.
2. Kalkulacja kosztów związanych z najmem powierzchni Szpitala.
3. Ewidencja kosztów zgodnie z miejscem ich powstawania.
4. Aktualizacja Cennika Usług Medycznych i Innych.
5. Kalkulacja kosztów związanych z udostępnieniem komórek organizacyjnych szpitala dla studentów / praktykantów / stażystów (osobodzień, wynajem sal dydaktycznych).
6. Zestawianie wyników finansowych dla Dyrekcji Szpitala zgodnie z bieżącymi potrzebami.
7. Wycena kosztów leczenia pacjentów nieubezpieczonych.
8. Wycena kosztów leczenia pacjentów dla potrzeb zawieranych umów.
9. Wycena i aktualizacja procedur medycznych.
10. Kalkulacja kosztów świadczeń medycznych na potrzeby Dyrekcji Szpitala.
11. Szacowanie kosztów świadczeń dla postępowań konkursowych.
12. Sporządzanie sprawozdań – kosztów /wyników finansowych wg ośrodków kosztów.
13. Porównywanie wielkości wykonanych z planowanymi i przyjętymi normami.
14. Analiza i interpretacja rezultatów działalności dla wszystkich obszarów zgodnie z oczekiwaniami kadry zarządzającej.
15. Sporządzanie sprawozdań i raportów z działalności z wytycznymi kadry zarządzającej i innych upoważnionych osób.
16. Ewidencja kosztów zgodnie z miejscem ich powstania – na podstawie dokumentacji finansowo-księgowej oraz sprawozdań wewnętrznych.
17. Zapewnienie spójności, optymalizacji danych na każdym etapie rozliczania kosztów.
18. Sporządzanie sprawozdań – kosztów/wyników finansowych według ośrodków kosztów.

19. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Szpitala.

§ 119.

Sekcja Inwentaryzacji

I. Na czele Sekcji stoi Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.

II. Do podstawowych zadań Sekcji Inwentaryzacji należy:

1. Opracowywanie czteroletnich planów inwentaryzacji ciągłej, z uwzględnieniem, co rocznych spisów przeprowadzanych w kasie, magazynach, aptece oraz apteczkach oddziałowych.
2. Sporządzanie na podstawie zatwierdzonych czteroletnich planów inwentaryzacji rocznych planów i harmonogramów zgodnie z wykazem komórek organizacyjnych Szpitala.
3. Kierowanie pracą zespołów spisowych, w szczególności przeprowadzanie kontroli przebiegu zadań wykonywanych przez zespoły.
4. Prowadzenie ewidencji realizacji planu inwentaryzacji ciągłej.
5. Przeprowadzanie doraźnych inwentaryzacji kontrolnych i zdawczo-odbiorczych.
6. Sprawdzenie właściwego przygotowania komórek organizacyjnych przed rozpoczęciem inwentaryzacji.
7. Ustalenie majątku stanu księgowego rzeczowych składników majątku inwentaryzowanej komórki organizacyjnej.
8. Kontrolowanie stanu przygotowań do przeprowadzenia inwentaryzacji.
9. Prowadzenie pełnej dokumentacji dla potrzeb procesu realizacji działań inwentaryzacyjnych, w tym przygotowanie niezbędnych dokumentów, rozliczanie oraz protokolarne zamknięcie inwentaryzacji.
10. Prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku ustalenia różnic inwentaryzacyjnych.
11. Przeprowadzanie instruktażu dla pracowników odpowiedzialnych za prowadzenie spisów z natury.
12. Okresowa aktualizacja Instrukcji Inwentaryzacyjnej.
13. Wycena majątku ruchomego na wniosek Działu Administracyjno - Gospodarczego.
14. Współpraca z Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie zbywania majątku ruchomego.

15. Nadzór nad prawidłowym przeprowadzaniem likwidacji wycofanych z eksploatacji składników majątkowych.

§ 120.

Dział Zamówień Publicznych

- I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.**

- II. Do podstawowych zadań Działu Zamówień Publicznych należy:**
 1. Przygotowanie i przeprowadzanie procedur o udzielenie zamówień publicznych na dostawę, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie zamówień publicznych.
 2. Przygotowanie w oparciu o plan rzeczowo-finansowy na dany rok harmonogramu zamówień publicznych na dany rok.
 3. Sporządzanie sprawozdań wynikających z toku pracy działu.
 4. Przechowywanie dokumentacji przetargowej.

§ 121.

Dział Zarządzania Systemami IT

- I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.**

- II. Do podstawowych zadań Działu Zarządzania Systemami IT należy:**
 1. Współpraca z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi w zakresie nadawania, zmieniania i odbierania uprawnień do przetwarzania danych osobowych, w szczególności uprawnień do przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym.
 2. Administracja programów i innych narzędzi wspomagających zarządzanie bezpieczeństwem informacji (oprogramowanie antywirusowe, monitoring szpitalny, system zarządzania dostępem).
 3. Współpraca w zakresie wdrożenia Polityki Bezpieczeństwa oraz Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w Szpitalu.

4. Monitorowanie zbierania, przechowywania, przekazywania i udostępniania danych osobowych przetwarzanych w systemach informatycznych.
5. Monitorowanie zabezpieczeń systemów informatycznych w zakresie stosowania: IPS/firewall/vpn oraz programów antywirusowych, szyfrowania dysków i środków ochrony kryptograficznej, mechanizmów autoryzacji i kontroli dostępu do danych (hasła, identyfikatory i inne metody uwierzytelnienia użytkownika), zabezpieczenia przed działaniem oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do baz danych osobowych.
6. Prowadzenie rejestru awarii systemów informatycznych. Poddawanie analizie występujących awarii w celu ich uniknięcia.
7. Nadzorowanie logicznych zabezpieczeń systemów informatycznych w zakresie przepływu informacji pomiędzy systemem informatycznym, a siecią publiczną oraz działań inicjowanych z sieci i z systemu informatycznego.
8. Nadzorowanie procedur przekazywania innym podmiotom urzędów systemów informatycznych oraz elektronicznych nośników informacji zawierających dane osobowe.
9. Nadzorowanie zasad ochrony, przechowywania i niszczenia kopii zapasowych zbiorów danych osobowych oraz programów zastosowanych do ich przetwarzania.
10. Prowadzenie analizy bezpieczeństwa systemów informatycznych w celu określania zabezpieczeń technicznych, zapewniających skuteczną ochronę danych osobowych przetwarzanych w systemach informatycznych.
11. Wyjaśnianie i dokumentowanie przypadków naruszenia zasad bezpieczeństwa systemów informatycznych.
12. Podejmowanie odpowiednich działań w przypadku wykrycia naruszeń w systemie ochrony danych osobowych, w tym także w stosowanym systemie zabezpieczeń.
13. Prowadzenie opisów struktur zbiorów danych osobowych oraz schematów przepływu danych pomiędzy systemami informatycznymi.
14. Dokonywanie oceny zgodności aplikacji z przepisami bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych.
15. Nadzór nad realizacją umów związanych z konserwacją, wdrażaniem oprogramowania, aplikacji, urządzeń i systemów informatycznych w zakresie stosowania zapisów bezpieczeństwa przetwarzania i ochrony danych osobowych w Szpitalu.
16. Udział w komisjach przetargowych oraz prowadzenie planu zakupów sprzętu oraz oprogramowania IT.

17. Tworzenie kopii zapasowych zbiorów danych, weryfikację ich poprawności oraz przeprowadzanie okresowych testów odtworzeniowych.
18. Aktywowanie i poprawne konfigurowanie specjalistycznego oprogramowania monitorującego wymianę danych na styku: sieci lokalnej i rozległej, stanowiska komputerowego użytkownika systemu i pozostałych urządzeń wchodzących w skład sieci lokalnej.
19. Nadzór nad utrzymaniem sprawności sprzętu i oprogramowania.
20. Nadzór nad poprawnym działaniem sieci komputerowej.
21. Planowanie oraz przeprowadzanie niezbędnych aktualizacji systemów.
22. Stosowanie odpowiednich metod zabezpieczania danych przed dostępem osób niepowołanych.
23. Organizowanie oraz prowadzenie szkoleń dla personelu Szpitala w zakresie obsługi systemów oraz oprogramowania IT.
24. Prowadzenie ewidencji sprzętu komputerowego i właściwe zabezpieczenie powierzonego majątku.
25. Udział w komisjach ds. inwentaryzacji i kasacji sprzętu komputerowego powoływanych przez Dyрекcję Szpitala.
26. Projektowanie i rozwój sieci komputerowej oraz nowych stanowisk komputerowych.
27. Usuwanie uszkodzeń w systemie oraz utrzymanie spójności systemu.
28. Sprawdzanie stanu technicznego zestawów komputerowych, przeprowadzanie ich konserwacji oraz prowadzenie harmonogramu przeglądów.
29. Zgłaszanie konieczności usuwania awarii sprzętu komputerowego oraz naprawa sprzętu IT.
30. Wspomaganie pracowników w prawidłowym korzystaniu z zasobów IT.
31. Zarządzanie licencjami oprogramowania stosowanego w Szpitalu oraz nadzór nad przestrzeganiem praw autorskich.
32. Kontrolowanie i koordynowanie czynności serwisowych sprzętu IT.
33. Obsługa programów i innych narzędzi wspomagających zarządzanie bezpieczeństwem informacji (oprogramowanie antywirusowe, monitoring szpitalny, system zarządzania dostępem).
34. Nadzorowanie zakładania, blokowania, zawieszania i uaktywniania kont w systemie informatycznym.

35. Wnioskowanie o uruchomienie procedur o udzielenie zamówienia publicznego z zakresu zadań działu.
36. Organizowanie i przeprowadzanie postępowań na udzielenie zamówienia publicznego o szacunkowej wartości do 170.000,00 złotych netto dla zadań realizowanych przez dział. – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 obowiązujące od dnia 9.02.2026 r.*

§ 122.

Dział Nadzoru nad Aparaturą Medyczną

- I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.
- II. Do podstawowych zadań Działu należy:
1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji aparatury i sprzętu medycznego.
 2. Wystawianie opinii o stanie technicznym drobnego sprzętu w tym medycznego z oddziałów i możliwości wykonania napraw.
 3. Sporządzanie rocznych:
 - a) harmonogramów przeglądów aparatury i sprzętu medycznego,
 - b) planów finansowych obejmujących między innymi zaopatrzenia materiałowe i zapotrzebowania niezbędne do utrzymania aparatury i sprzętu medycznego w należyłym stanie,
 4. Wnioskowanie o uruchomieniu procedur o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie przeglądów urządzeń medycznych,
 5. Koordynowanie i nadzór nad przeprowadzaniem przeglądów aparatury i sprzętu medycznego wraz z nadzorem nad posiadanymi przez sprzęt i aparaturę paszportami.
 6. Organizowanie i przeprowadzanie postępowań na udzielenie zamówienia publicznego o szacunkowej wartości do 170.000,00 złotych netto dla zadań realizowanych przez dział m.in. naprawy aparatury i sprzętu medycznego. – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 z dnia 9.02.2026 r.*

ROZDZIAŁ VII Struktura Pionu Dyrektor ds. Administracyjno-Technicznych

§ 123.

Dyrektor ds. Administracyjno-Technicznych

Do zadań Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należy:

I. Obowiązki w zakresie organizacji pionu:

1. Opracowanie w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala modelu funkcjonalnego Szpitala, dotyczącego organizacji, zatrudnienia w nadzorowanym pionie.
2. Nadzór oraz koordynacja prawidłowego toku pracy podporządkowanych komórek.
3. Przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z działalności kierowanego pionu i bieżące sygnalizowanie problemów wymagających rozwiązania.
4. Wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem a zaleconych przez przełożonego.

II. Obowiązki w zakresie zadań merytorycznych:

1. Kierowanie i odpowiadanie za działalność Szpitala w granicach podporządkowanych komórek organizacyjnych oraz ustalanie zakresów czynności dla ich kierowników.
2. Aktywny udział w ustalaniu i realizacji polityki w zakresie inwestycji.
3. Nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z przygotowaniem i realizacją planu inwestycyjnego Szpitala.
4. Informowanie Dyrektora Szpitala o aktualnej realizacji inwestycji, możliwości zwiększenia pozyskiwania środków zewnętrznych, planowanych działaniach i prognozach oraz nieprawidłowościach.
5. Kontrolowanie zgodności realizowanych działań z przyjętą strategią i wyznaczonymi celami.
6. Przestrzeganie przepisów prawa mających zastosowanie w prowadzonej działalności Szpitala.
7. Opracowywanie, analizowanie i realizowanie strategii i planów w zakresie inwestycji w Szpitalu.
8. Nadzór nad realizacją inwestycji.
9. Nadzorowanie i odpowiedzialność za kontakty z urzędami i instytucjami.
10. Nadzór nad procesem zakupowym podległych działów.
11. Nadzór nad bieżącymi remontami i naprawami.

12. Sprawowanie nadzoru nad eksploatacją instalacji i urządzeń sanitarnych i elektrycznych, urządzeń energetycznych, sieci wodnokanalizacyjnej i ciepłowniczej.
13. Kierowanie całością zagadnień związanych z zarządzaniem majątkiem.
14. Sprawowanie nadzoru nad eksploatacją obiektów Szpitala oraz jego bezpośredniego otoczenia
w zakresie zapewnienia warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
a w szczególności eksploatacji nieruchomości, sprzętu gospodarczego.
15. Nadzór nad pozyskiwaniem funduszy zewnętrznych.
16. Nadzór nad realizacją zadań koordynatora ds. dostępności.
17. Wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową, nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.

§ 124.

Dział Rozwoju i Pozyskiwania Funduszy

I. Działem kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.

II. Do podstawowych zadań Działu należy:

1. Inicjowanie procesów inwestycyjnych w Szpitalu.
2. Analiza dokumentów w zakresie możliwości ubiegania się przez WSS nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu o dofinansowanie ze środków zewnętrznych w tym unijnych.
3. Przygotowywanie wniosków o dofinansowanie.
4. Monitorowanie postępowań toczących się przed instytucjami zewnętrznymi od momentu złożenia wniosku o dofinansowanie do momentu zakończenia oceny merytorycznej.
5. Nadzorowanie projektów unijnych i innych do czasu podpisania umowy o dofinansowanie, przygotowanie niezbędnej korespondencji, ewentualnych korekt, protestu wraz z uzasadnieniem w przypadku odrzucenia projektu i decyzji o odwołaniu, do końca procesu oceny wniosku.
6. Przygotowywanie dokumentów niezbędnych do podpisania umowy o dofinansowanie.
7. Monitorowanie procesów wdrażania projektów.
8. Kontakt z Instytucjami Zarządzającymi w zakresie realizacji projektów.

9. Współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie przygotowywanie dokumentów związanych z realizacją i rozliczaniem projektów.
10. Doradztwo przy usuwaniu uchybień związanych z realizacją projektów.
11. Pozyskiwanie środków zewnętrznych/darowizn na rzecz Szpitala oraz prowadzenie dokumentacji z tym związanej.
12. Monitorowanie i kontrola realizacji projektów wynikających z zawartych umów o dofinansowanie a także ich rozliczanie i przygotowywanie wniosków o płatność.

§ 125.

Dział Zaopatrzenia

- I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.
- II. Do podstawowych zadań Działu Zaopatrzenia należy:
 1. Udział w pracach Komisji Przetargowej w procesie przeprowadzania zamówień publicznych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych w zakresie dostaw, usług.
 2. Organizowanie i przeprowadzanie postępowań na udzielenie zamówienia publicznego o szacunkowej wartości do 170.000 złotych netto dla zadań realizowanych przez dział. - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 z dnia 9.02.2026 r.*
 3. Realizacja rocznych zapotrzebowań składanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala na zakup materiałów i środków zużywalnych oraz urządzeń i środków trwałych niezbędnych do prowadzenia przez nie prawidłowej działalności.
 4. Przygotowywanie (wraz z oszacowaniem wartości zamówienia) dokumentacji na etapie określenia przedmiotu zamówienia celem przeprowadzenia postępowań o zamówienie publiczne.
 5. Prowadzenie rejestru zakupów, zrealizowanych na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zamówieniach publicznych.
 6. Prowadzenie spraw reklamacyjnych z tytułu dostaw wadliwych pod względem jakościowym i ilościowym, niezgodnych z zamówieniami.
 7. Sprawdzanie faktur pod względem zgodności z zamówieniami i faktyczną dostawą.
 8. Prowadzenie gospodarki materiałowo-zapasowej.

9. Prowadzenie magazynów.
10. Przeprowadzanie procedur zakupu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 126.

Specjalista P/pož.

1. Czuwanie nad przestrzeganiem w Szpitalu przepisów przeciwpożarowych i wytycznych jednostek nadrzędnych.
2. Przeprowadzanie kontroli zabezpieczenia przeciwpożarowego w budynkach i pomieszczeniach zajmowanych przez Szpital.
3. Ustalanie potrzeb w zakresie wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia pożarnicze.
4. Prowadzenie wstępnego przeszkolenia pracowników nowo przyjmowanych do Szpitala.
5. Prowadzenie działalności uświadamiającej w zakresie ochrony przeciwpożarowej wśród pracowników Szpitala.
6. Zgłaszanie Dyrektorowi Szpitala spostrzeżeń i wniosków mających wpływ na stan zabezpieczenia przeciwpożarowego w zajmowanych budynkach i pomieszczeniach.
7. Współpraca z właściwą terenową Komendą Państwowej Straży Pożarnej w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zajmowanych przez Szpital pomieszczeń.
8. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej ochrony przeciwpożarowej
9. Udział w kontrolach prowadzonych przez organy ochrony przeciwpożarowej lub jednostkę nadrzędną.
10. Wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów bhp i p/pož. nie objętych niniejszym zakresem, a zleconych przez przełożonego.

§ 127.

Dział Techniczny

- I. W ramach struktury wewnętrznej Działu funkcjonuje:
 - 1) Sekcja Dyspozytornia Teletechniczna
 - 2) Sekcja Klimatyzacji i Wentylacji
 - 3) Sekcja Gazów Medycznych
 - 4) Sekcja Energetyczna
 - 5) Sekcja Elektryczna
 - 6) Sekcja Remontowo-Budowlana

- II. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.
- III. Do podstawowych zadań Działu Technicznego należy:
 1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji instalacji i urządzeń: sanitarnych i elektrycznych energetycznych, sieci wodno-kanalizacyjnej, gazów medycznych oraz sieci zewnętrznych.
 2. Zapewnienie, systematycznej konserwacji i napraw całej infrastruktury szpitalnej. .
 3. Utrzymanie w bieżącej sprawności urządzeń i całej infrastruktury technicznej oraz budynków Szpitala.
 4. Przeprowadzanie okresowych przeglądów instalacji i urządzeń oraz budynków Szpitala.
 5. Prowadzenie dokumentacji eksploatacyjnej w zakresie remontów, przeglądów i napraw awaryjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 6. Przeprowadzanie i organizowanie oraz nadzorowanie wszystkich prac inwestycyjnych i remontowo-budowlanych prowadzonych w Szpitalu w ramach własnych możliwości bądź wnioskowanie zlecenia ich na zewnątrz.
 7. Prowadzenie oszczędnej gospodarki materiałowej poprzez nadzór i rozliczanie ilości zużytych materiałów i narzędzi.
 8. Organizowanie i przeprowadzanie postępowań na udzielenie zamówienia publicznego o szacunkowej wartości do 170.000 złotych dla zadań realizowanych przez dział na m.in. remonty, usunięcie awarii, usługi remontowo-budowlane oraz inwestycyjne. - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 z dnia 9.02.2026 r.*
 9. Wykonywanie bieżącego administrowania nieruchomością obejmującego:

- prowadzenie Księgi obiektu budowlanego oraz dokumentacji technicznej nieruchomości wymaganej przez przepisy prawa budowlanego,
- informowanie właściwych komórek organizacyjnych o konieczności przeprowadzania kontroli technicznej, posiadania aktualnej dokumentacji technicznej, wykonywania okresowych przeglądów urządzeń stanowiących jej wyposażenie techniczne zgodnie z wymogami prawa budowlanego,
- udział w organizowaniu przeglądów obiektów Szpitala stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

10. Udział i pełnienie nadzoru w komisjach odbiorów końcowych robót budowlanych, dostaw i usług oraz udział w przeprowadzanych przeglądach gwarancyjnych i pogwarancyjnych.

11. Sporządzanie rocznych:

- a) planów finansowych obejmujących między innymi zaopatrzenia materiałowe i zapotrzebowania niezbędne do utrzymania infrastruktury technicznej w należytym stanie,
- b) planów inwestycyjnych,
- c) planów zamówień na niezbędne materiały eksploatacyjne i urządzenia,
- d) planów remontów i modernizacji obiektów Szpitala.

12. Wnioskowanie o uruchomieniu procedur o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie:

- a) planowanych inwestycji, remontów, usług,
- b) zakupu nowych: maszyn, urządzeń oraz narzędzi w miejsce wyeksploatowanych.

13. Udział i pełnienie nadzoru w pracach Komisji Przetargowej w procesie przeprowadzania zamówień publicznych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych w zakresie robót budowlanych, dostaw, usług, inwestycji, remontów, usunięcia awarii.

14. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji rozliczeniowej oraz sporządzanie obowiązujących sprawozdań.

15. Zapewnienie, systematycznej konserwacji i napraw budynków

16. Prowadzenie dokumentacji eksploatacyjnej w zakresie remontów, przeglądów i napraw awaryjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

17. Prowadzenie oszczędnej gospodarki materiałowej poprzez nadzór i rozliczanie

ilości zużytych materiałów i narzędzi.

§ 128.

Dział Administracyjno – Gospodarczy

- I. Działem Kieruje Kierownik, który odpowiada za jego prawidłową działalność.
- II. Do podstawowych zadań Działu Administracyjno-Gospodarczego należy:
 1. Wykonywanie bieżącego administrowania nieruchomością obejmującą ustalenie aktualnego stanu prawnego i faktycznego nieruchomości,
 2. Udział w komisjach odbiorów końcowych robót budowlanych, dostaw i usług oraz udział w przeprowadzanych przeglądach gwarancyjnych i pogwarancyjnych.
 3. Organizowanie i przeprowadzanie postępowań:
 - a. na najem, dzierżawę i sprzedaż nieruchomości,
 - b. na zbycie (kasację, sprzedaż) zbędnego majątku ruchomego, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - c. na odbiór i zagospodarowanie wybranych grup odpadów (w tym odpadów medycznych),
 - d. na świadczenie usług telekomunikacyjnych telefonii komórkowej, usług telekomunikacyjnych w zakresie telefonii stacjonarnej ISDN oraz telewizji szpitalnej i Call Center do telefonicznej rejestracji pacjentów,
 - e. na świadczenie usług ochrony,
 - f. na świadczenie usługi pralniczej, sanitarno-higienicznej, DDD.
 4. Nadzór nad prawidłowym przestrzeganiem norm w zakresie właściwego gospodarowania odpadami w tym niebezpiecznymi oraz nad podmiotami zewnętrznymi realizującymi odbiór tych odpadów.
 5. Prowadzenie ewidencji ilościowej wytworzonych odpadów oraz emisji zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz sporządzanie wymaganych sprawozdań w tym zakresie
 6. Nadzór nad podmiotem świadczącym usługi w zakresie doradztwa ADR.
 7. Określanie i realizacja działań mających na celu spełnienie wymagań aktualnego prawa w zakresie ochrony środowiska.

8. Organizowanie i nadzór nad prawidłowym gospodarowaniem majątkiem ruchomym zdeponowanym w magazynie depozytowym i kasacyjnym (wydawanie, przyjmowanie, prowadzenie dokumentacji, przyjmowanie orzeczeń technicznych, sporządzanie wniosków kasacyjnych).
9. Organizowanie i nadzór nad podmiotem zewnętrznym zapewniającym Szpitalowi zimowe utrzymanie dróg.
10. Organizowanie i przeprowadzanie postępowań na udzielenie zamówienia publicznego o szacunkowej wartości do 170.000 zł netto dla zadań realizowanych przez dział. - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 28/2026 z dnia 9.02.2026 r.*
11. Sporządzanie dokumentacji oraz udział w pracach Komisji Przetargowej w procesie przeprowadzania zamówień publicznych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych w zakresie zadań realizowanych przez dział.
12. Administrowanie służbowymi telefonami komórkowymi, monitorowanie i obsługa depozytora kluczy oraz nadawanie uprawnień dostępu do pomieszczeń szpitalnych pracownikom w systemie kontroli dostępu.
13. Nadzór nad realizacją usług outsourcingowych w zakresie świadczenia usługi pralniczej, usługi sanitarno-higieniczne i usługi DDD.
14. W ramach Działu funkcjonują poniższe obszary:
 - a. Parkingu i Zieleni Przyszpitalnej zajmującego się obsługą komputerowego systemu parkingowego oraz jego utrzymaniem, nadzorem nad terenami zielonymi wokół szpitala i ich utrzymaniem, nadzorem nad utrzymaniem przejezdności dróg wewnętrznych w okresie zimowym we współpracy z podmiotem zewnętrznym oraz z Dyspozytornią Techniczną, nadzorem nad osobami odpracowującymi godziny społeczne.
 - b. Transportu Wewnętrznego zajmującego się odbiorem odpadów komunalnych, surowców wtórnych i pozostałych z miejsca ich powstania do miejsca gromadzenia oraz ich belowaniem (postępowanie zgodnie z obowiązującą w tym zakresie instrukcją i procedurą) przed przekazaniem do odbiorcy zewnętrznego, odbiorem odpadów medycznych z miejsca ich powstania do miejsca gromadzenia (umieszczenie odpadów medycznych w chłodni, ważenie według obowiązujących kodów), transportem narzędzi i materiałów do i z Centralnej Sterylizacji, transportem płynów infuzyjnych i artykułów medycznych z Apteki Szpitalnej oraz innych magazynów do komórek

organizacyjnych Szpitala, transportem innych materiałów zgodnie z potrzebami Szpitala.

- c. Depozytu Ubrań i Rzeczy Wartościowych zajmującego się prawidłowym przyjmowaniem, wydawaniem oraz przechowywaniem rzeczy osobistych i wartościowych pacjentów szpitala.

15. Nadzór nad prawidłową organizacją pracy Transportu Wewnętrznego, Depozyt Ubrań i Rzeczy Wartościowych oraz szatniami pracowniczymi poprzez prowadzenie bieżącej dokumentacji rozliczeniowej oraz sporządzanie sprawozdań.
16. Nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem systemu parkingowego, utrzymaniem dróg wewnętrznych oraz terenami zielonymi.

§ 129.

Koordinator ds. dostępności

Do zadań koordynatora należy:

1. wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez Szpital;
2. przygotowanie i koordynacja wdrożenia planu działania na rzecz poprawy zapewniania dostępności do świadczeń osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z minimalnymi wymaganiami określonymi w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019r. zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
3. monitorowanie działalności Szpitala, w zakresie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
4. przygotowywanie raportów o stanie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, deklaracji dostępności i innych wymaganych prawem dokumentów związanych z zapewnieniem dostępności;
5. przygotowywanie planu szkoleń, ich organizowanie i przeprowadzanie cyklicznych szkoleń dla pracowników;
6. realizowanie innych obowiązków określonych przepisami.

§ 130.

Inspektor nadzoru inwestorskiego ds. budowlanych

zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.

Do zadań Inspektora nadzoru inwestorskiego ds. budowlanych należy:

- 1) reprezentowanie Szpitala na budowie w relacjach z wykonawcą robót budowlanych, organami zewnętrznymi służb architektoniczno-budowlanych, instytucjami kontrolnymi oraz z przedstawicielami Działu Technicznego odpowiedzialnymi za przedmiotową inwestycję , jak też innymi właściwymi w sprawie realizacji przedsięwzięcia inwestycyjnego osobami, organami i podmiotami,
- 2) sprawdzenie opracowanego przez Wykonawcę harmonogramu rzeczowo-finansowego robót budowlanych oraz przygotowanie propozycji niezbędnych zmian i modyfikacji dokumentu,
- 3) Koordynacja pracy inspektorów pozostałych branż,
- 4) kontrola procesu budowy oraz zapisów w Dzienniku Budowy (gdy jest wymagany) oraz oświadczeń uprawnionych osób pełniących samodzielne funkcje techniczne w budownictwie,
- 5) współpraca z Działem Technicznym i autorami projektu w zakresie realizowanych robót budowlanych celem wspólnego poszukiwania rozwiązań bieżących problemów oraz rozwiązywanie problemów w przypadku wystąpienia jakichkolwiek trudności w realizacji robót wg dokumentacji technicznej i konieczności zatwierdzenia rozwiązań dodatkowych lub zamiennych,
- 6) kontrolowanie terminowości i zgodności realizacji inwestycji z dokumentacją projektową, techniczną, warunkami technicznymi wykonania robót, obowiązującymi przepisami, aktualną wiedzą techniczną, prawem budowlanym i innymi przepisami w tym zakresie,
- 7) prowadzenie cyfrowej dokumentacji fotograficznej wykonanych robót, w szczególności zanikających oraz w przypadku wystąpienia ewentualnych usterek,
- 8) potwierdzanie faktycznie wykonanych robót oraz usunięcia wad oraz sprawdzanie faktur pod względem merytorycznym, formalno-rachunkowym oraz zgodności z zawartą umową z Wykonawcą,
- 9) uczestniczenie we wszelkich odbiorach robót prowadzonych przez Wykonawcę oraz uczestniczenie w sporządzaniu protokołów z odbiorów: częściowych i końcowego,
- 10) zgłaszanie Projektantowi zastrzeżeń do dokumentacji w tym zgłoszonych przez Wykonawcę robót i wyegzekwowanie od Projektanta stosownych poprawek,

- uszczergóweń, rozwiązań projektowych i innych czynności niezbędnych do prawidłowej realizacji robót oraz przebiegu procesu inwestycyjnego,
- 11) wzywianie Projektanta na budowę, kierowanie do Projektanta zastrzeżeń do projektu zgłoszonych przez Wykonawcę lub Zamawiającego i dokonanie z nim stosownych uzgodnień i wyjaśnień,
 - 12) w przypadku robót, które nie są objęte dokumentacją projektową lub zmian sugerowanych przez Wykonawcę, uzgodnienie procedury postępowania lub informowania o odrzuceniu sugerowanych zmian z pionem technicznym,
 - 13) ocena i weryfikacja propozycji robót zamiennych, uzupełniających zgłaszanych przez Wykonawcę (po ustaleniu z projektantem i jego zgody),
 - 14) informowanie o problemach, jakie występują, jak również o problemach przewidywanych, sposobach ich usunięcia lub propozycji podjęcia niezbędnych działań korygujących,
 - 15) wstrzymanie dalszych robót budowlanych w przypadku, gdyby ich kontynuacja mogła spowodować zagrożenie dla bezpieczeństwa osób lub mienia, lub spowodowałyby niedopuszczalną niezgodność z dokumentacją projektową,
 - 16) podejmowanie działań mających na celu polubowne rozstrzygnięcie ewentualnych sporów,
 - 17) uczestniczenie w naradach koordynacyjnych,
 - 18) wdrażanie podjętych decyzji wpływających na postęp i terminowość wykonywanych robót,
 - 19) sporządzanie protokołów konieczności – jeżeli wystąpi taka potrzeba, a następnie przedstawienie ich Zamawiającemu,
 - 20) nadzorowanie i przestrzegania zasad bhp i p.poż. przez wykonawców robót w obszarze przedsięwzięć,
 - 21) bieżąca współpraca z Działem Technicznym oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi w Szpitalu,
 - 22) udział w procesie inicjowania inwestycji, w tym udział w procesie zamówienia publicznego m.in. jako członek Komisji Przetargowej, począwszy od dokumentacji projektowej, koncepcji po realizację robót budowlanych,
 - 23) wykonywanie innych czynności związanych z pracą zawodową nieobjętych niniejszym zakresem a zleconych przez przełożonego.

ZAŁĄCZNIKI

Integralną część niniejszego Regulaminu stanowią następujące Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny Część A – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.* oraz Schemat organizacyjny Część B - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.*
- 2) Załącznik nr 2 – Cennik Usług Medycznych i Innych Usług - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.;*
- 3) Załącznik nr 3 – Cennik Zakładu Diagnostyki Obrazowej - *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 610/2025 obowiązuje od 1.01.2026 r.;*
- 4) Załącznik nr 4 - Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. – *zmienione Zarządzeniem Dyrektora nr 322/2025 obowiązuje od 1.10.2025 r.*