Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

wprowadzony

Zarządzeniem Dyrektora Nr 52/2025 z dnia 19.12.2025 r.

SPIS TREŚCI

Rozdział I 2
POSTANOWIENIA OGÓLNE 2

Rozdział II 3
STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA 3

Rozdział III 7
ZADANIA ORGANÓW I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA 7
ZAKRES ZADAŃ KIEROWNICTWA SZPITALA 7
SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA 12
ZAKRES ZADAŃ CENTRALNEJ STERYLIZACJI 12
ZAKRES ZADAŃ KOMÓREK DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ SZPITALA 13
ZAKRES SZCZEGÓŁOWYCH ZADAŃ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH DZIAŁALNOŚCI ADMINISTRACYJNEJ, TECHNICZNEJ I OBSŁUGI 26

Rozdział IV 46
ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 46

Rozdział V 51
ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI I LECZENIA PACJENTÓW 51

Rozdział VI 51
PRAWA PACJENTA 51

Rozdział VII 54
ZASADY OBOWIĄZUJĄCE NA TERENIE SZPITALA 54

Rozdział VIII 56
ZASADY PROWADZENIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTÓW 56

Rozdział IX 57
DEPOZYT RZECZY WARTOŚCIOWYCH PACJENTA 57

Rozdział X 58
ZASADY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA LUB INNEJ OSOBY ZMARŁEJ NA TERENIE SZPITALA 58

Rozdział XI 59
ZASADY POSTĘPOWANIA z logo SZPITALA 59
ZASADY STOSOWANIA MONITORINGU WIZYJNEGO NA TERENIE SZPITALA 60

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
wprowadzony
Zarządzeniem Dyrektora Nr 52/2025 z dnia 19.12.2025 r.

Rozdział I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Regulamin Organizacyjny, zwany dalej „Regulaminem", określa w szczególności:
1) cele i zadania Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zwanego dalej „Szpitalem",
2) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
3) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
4) strukturę organizacyjną Szpitala,
5) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Szpitala,
6) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala,
7) organizację i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń,
8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
10) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
11) prawa pacjenta i zasady obowiązujące na terenie Szpitala oraz wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
12) zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta na terenie Szpitala,
13) zasady postępowania z logo Szpitala,
14) zasady stosowania monitoringu wizyjnego na terenie Szpitala.

§ 2

Szpital działa na podstawie i realizuje zadania określone w szczególności w:
1) ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. ***o działalności leczniczej*** oraz przepisów wydanych na jej podstawie,
2) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. ***o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych***,
3) ustawie z dnia 29 września 1994 r. ***o rachunkowości***,
4) ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. ***o finansach publicznych***,
5) ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. ***o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta***,
6) ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. ***o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"***,
7) ustawie z dnia 8 września 2006 r. ***o Państwowym Ratownictwie Medycznym***,
8) ustawie z dnia 9 maja 2018 r. ***o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności***,
9) Statucie Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
10) zarządzeniach Dyrektora Szpitala.

§ 3

1. Szpital jest prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego podstawowym celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych dla potrzeb Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
2. Obszar działania Szpitala obejmuje teren Rzeczpospolitej Polskiej.
3. Przedmiotem działalności Szpitala jest całokształt zagadnień związanych ze specjalistycznym lecznictwem pediatrycznym.
4. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia w zakresie:
   a. lecznictwa stacjonarnego, ze szczególnym uwzględnieniem pediatrycznych świadczeń wysokospecjalistycznych, wykonywanych poprzez działalność oddziałów w zakresie: chirurgii i urologii, neurochirurgii, chirurgii urazowo – ortopedycznej, pediatrii i endokrynologii, diabetologii

dziecięcej, pediatrii i neurologii wieku rozwojowego, nefrologii, onkologii, hematologii, chemioterapii, gastroenterologii, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiochirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, laryngologii, intensywnej terapii noworodka, intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także medycyny ratunkowej z uwzględnieniem pomocy doraźnej i transportu noworodków (N),

b. lecznictwa ambulatoryjnego w zakresie: alergologii, audiologii, chirurgii dziecięcej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, otyłości dzieci i młodzieży oraz chorób metabolicznych, diabetologii, dermatologii, endokrynologii, gastroenterologii, genetyki, ginekologii dla dziewcząt, onkologii i hematologii, kardiochirurgii, kardiologii, leczenia bólu, nefrologii, neurologii, neurochirurgii, urologii, okulistyki, chirurgii onkologicznej, otorynolaryngologii, neonatologii i patologii noworodka, preluksacji, zdrowia psychicznego, logopedii, leczenia mukowiscydozy, leczenia żywieniowego, leczenia rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci, chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci.

c. diagnostyki realizowanej przez zakłady i pracownie diagnostyczne oraz czynnościowe w zakresie: tomografii komputerowej, ultrasonografii, radiologii klasycznej, hemodynamiki i radiologii zabiegowej, rezonansu magnetycznego, badań czynnościowych – UKG, Holter - EKG, Holter - RR, EKG, TILT – TEST, ergometrii, urodynamiki, badań endoskopowych w tym bronchoskopii, badań manometrycznych, diagnostyki kardiologicznej, badań audiologicznych, spirometrii, kinezyterapii, fizykoterapii i masażu, pracowni dopasowania systemów implantów słuchowych, pracowni ENG oraz diagnostyki laboratoryjnej.

5. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom po ukończeniu przez nich 18 roku życia w zakresie i na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.
6. Szpital pełni funkcję Centrum Urazowego Dla Dzieci zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym.*

Rozdział II

STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA

§ 4

ORGANY SZPITALA

1. Organami Szpitala są:
   a. Dyrektor,
   b. Rada Społeczna.
2. Dyrektor kieruje i zarządza Szpitalem oraz reprezentuje go na zewnątrz.
3. Zadania i uprawnienia Dyrektora określają:
   a. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
   b. Statut Szpitala,
   c. niniejszy Regulamin.
4. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.
5. Rada Społeczna działa na podstawie uchwalonego przez siebie Regulaminu.
6. Szczegółowe zadania Rady Społecznej określa:
   a. Regulamin Rady Społecznej,
   b. Statut Szpitala,
   c. art. 48 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Dyrektor może, w zależności od potrzeb, powoływać inne organy doradcze i opiniodawcze, zespoły, komisje o charakterze stałym i doraźnym określając ich nazwę, skład osobowy, zakres i tryb działania.

§ 5

Dyrektor kieruje Szpitalem przy pomocy:

a. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub Lekarza Naczelnego
b. Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa
c. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
d. Zastępca Dyrektora ds. Projektu Strategicznego
e. Głównego Księgowego
f. Naczelnej Pielęgniarki
g. Kierowników komórek organizacyjnych

h. Pełnomocników i Koordynatorów

W czasie nieobecności Dyrektora zastępuje go wyznaczony przez niego zastępca, na podstawie pełnomocnictwa.

§ 6

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach składa się z trzech zakładów leczniczych: stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne (Szpital); ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (Ambulatorium); jednostki pomocy doraźnej w ramach, której funkcjonuje jednostka organizacyjna: Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, a także części administracyjnej i Centralnej Sterylizacji dla wszystkich trzech zakładów leczniczych.

KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ:

A. SZPITAL

Oddziały Szpitalne:

1. Oddział Chirurgii i Urologii z Pododdziałami Chirurgii Plastycznej i Leczenia Krótkoterminowego
2. Oddział Neurochirurgii
3. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
4. Oddziału Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej z Pododdziałem Zaburzeń Rozwoju Płci
5. Oddział Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego
6. Oddział Nefrologiczny
7. Oddział Onkologii, Hematologii i Chemioterapii
8. Oddział Gastroenterologii i Pediatrii
9. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
10. Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej
11. Oddział Kardiologii Dziecięcej
12. Oddział Otolaryngologii z Pododdziałami Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Leczenia Krótkoterminowego
13. Szpitalny Oddział Ratunkowy
14. Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
15. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
16. Oddział Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii

Inne:

1. Izba Przyjęć
2. Apteka Szpitalna
3. Blok Operacyjny A
4. Blok Operacyjny B
5. Bank Krwi
6. Sekcja Żywienia
7. Sekcja Psychologów

Pracownie Diagnostyczne:

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej:
   a) pracownia tomografii komputerowej
   b) pracownia ultrasonografii
   c) pracownia radiologii klasycznej
   d) pracownia hemodynamiki i radiologii zabiegowej
   e) pracownia rezonansu magnetycznego
2. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej:
   a) pracownia analityki ogólnej
   b) pracownia bakteriologii
   c) pracownia biochemii
   d) pracownia cytogenetyki

e) pracownia hematologii i immunochemii
f) pracownia równowagi kwasowo-zasadowej
g) pracownia serologii
h) pracownia wad metabolicznych
i) pracownia cytometrii

3. Pracownie badań czynnościowych przy Oddziale Kardiologii Dziecięcej:
   a) pracownia UKG
   b) pracownia Holter – EKG
   c) pracownia Holter – RR
   d) pracownia EKG
   e) pracownia TILT –TEST
   f) pracownia ergometrii
4. Pracownia EEG przy Oddziale Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego
5. Pracownia Punkcji Szpiku przy Oddziale Onkologii, Hematologii i Chemioterapii
6. Pracownia Audiologii przy Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
7. Zespół Transportu Sanitarnego N przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

B. AMBULATORIUM

1. Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne:

1.1 Poradnia alergologiczna
1.2 Poradnia audiologiczna
1.3 Poradnia chirurgiczna
1.4 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
1.5 Poradnia leczenia otyłości oraz zaburzeń lipidowych u dzieci i młodzieży
1.6 Poradnia diabetologiczna
1.7 Poradnia dermatologiczna
1.8 Poradnia endokrynologiczna
1.9 Poradnia gastroenterologiczna
1.10 Poradnia genetyczna
1.11 Poradnia ginekologiczna dla dziewcząt
1.12 Poradnia onkologii i hematologii
1.13 Poradnia kardiochirurgiczna
1.14 Poradnia kardiologiczna
1.15 Poradnia leczenia bólu
1.16 Poradnia nefrologiczna
1.17 Poradnia neurologiczna
1.18 Poradnia neurochirurgiczna
1.19 Poradnia urologiczna
1.20 Poradnia okulistyczna
1.21 Poradnia chirurgii onkologicznej
1.22 Poradnia otorynolaryngologiczna
1.23 Poradnia neonatologiczna i patologii noworodka
1.24 Poradnia preluksacyjna
1.25 Poradnia zdrowia psychicznego
1.26 Poradnia logopedyczna
1.27 Poradnia leczenia mukowiscydozy
1.28 Poradnia leczenia żywieniowego
1.29 Poradnia leczenia rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci
1.30 Poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci

2. Pracownie Diagnostyczne

2.1 Pracownia Endoskopii
2.2 Pracownia Urodynamiki
2.3 Pracownie przy Poradniach Specjalistycznych Przyszpitalnych:
   a. pracownia Audiologii
   b. pracownia Ultrasonografii

c. pracownia UKG
d. pracownia EKG

2.4 Pracownia Spirometrii
2.5 Pracownia Kinezyterapii, Fizykoterapii i Masażu
2.6 Pracownia Bronchoskopii
2.7 Pracownia dopasowania systemów implantów słuchowych
2.8 Pracownia ENG

3. **Punkt pobrań materiałów do badań**
4. **Gabinety diagnostyczno-zabiegowe**

C. JEDNOSTKI POMOCY DORAŹNEJ

1. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
   1.1 Gabinet diagnostyczno-zabiegowy

§ 7

KOMÓRKI I STANOWISKA DZIAŁALNOŚCI ADMINISTRACYJNEJ, TECHNICZNEJ I OBSŁUGI

1. Dział Administracji
   a. Sekcja Zaopatrzenia
   b. Sekcja ds. Promocji i Szkoleń
   c. Sekcja ds. Gospodarczych i Ochrony
2. Dział Standaryzacji Rachunku Kosztów, Kontroli Finansowej i Analiz Ekonomicznych
3. Dział Higieny Szpitalnej
   a. Sekcja Transportu Wewnętrznego
4. Sekcja ds. Epidemiologii
5. Dział Infrastruktury
   a. Sekcja ds. Sprzętu i Aparatury Medycznej
   b. Sekcja ds. Inwestycji i Eksploatacji
6. Dział Finansowo-Księgowy
   a. Kasa
7. Dział Rozliczeń i Analiz Świadczeń Zdrowotnych
8. Dział ds. Pracowniczych i Socjalnych
9. Dział Zamówień Publicznych
10. Dział Organizacyjny
11. Audytor Wewnętrzny
12. Główny Księgowy
13. Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych
14. Sekcja ds. BHP
15. Stanowisko ds. P. POŻ.
16. Inspektor Ochrony Radiologicznej
17. Inspektor Ochrony Danych
18. Kapelan Szpitalny
19. Sekcja ds. analizy i kontroli dokumentacji medycznej oraz świadczeń zdrowotnych
20. Koordynator Centrum Urazowego Dla Dzieci
21. Koordynator Odcinka Leczenia Krótkoterminowego
22. Dział Organizacji i Obsługi Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych i Ambulatoryjnych,
    a. Archiwum
23. Inspektor ds. Obronnych i Rezerw
24. Dział Teleinformatyki
    a. Sekcja ds. Informatyki
    b. Sekcja ds. Teletechniki i Wsparcia Informatycznego
25. Zespół Radców Prawnych
26. Sekcja Kontroli Wewnętrznej
27. Pełnomocnik ds. praw pacjenta

28. Dział Wdrożeń Informatycznych
29. Dział Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

Rozdział III

ZADANIA ORGANÓW I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§ 8

ZAKRES ZADAŃ KIEROWNICTWA SZPITALA

1. Do zadań Dyrektora Szpitala należy w szczególności:
   a. ustalanie planów działalności Szpitala,
   b. realizowanie polityki kadrowej,
   c. zarządzanie mieniem i odpowiedzialność za wyniki działalności Szpitala z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
   d. reprezentowanie Szpitala,
   e. prowadzenie współpracy naukowej z ośrodkami krajowymi i zagranicznymi (z międzynarodowymi placówkami, towarzystwami i organizacjami naukowymi),
   f. podejmowanie decyzji we wszystkich sprawach dotyczących Szpitala z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
   g. realizacja zadań obronnych.
2. Dyrektorowi bezpośrednio podlegają niżej wymienione samodzielne stanowiska pracy:
   a. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub Lekarz Naczelny
   b. Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa
   c. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
   d. Zastępca Dyrektora ds. Projektu Strategicznego
   e. Naczelna Pielęgniarka
   f. Audytor Wewnętrzny
   g. Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych
   h. Stanowisko ds. P.POŻ.
   i. Inspektor Ochrony Radiologicznej
   j. Inspektor Ochrony Danych
   k. Pełnomocnik ds. praw pacjenta
   l. Inspektor ds. Obronnych i Rezerw
   m. Radca prawny
3. Dyrektorowi bezpośrednio podlegają następujące komórki organizacyjne:
   a. Dział Higieny Szpitalnej
   b. Sekcja ds. Epidemiologii
   c. Dział ds. Pracowniczych i Socjalnych
   d. Dział Zamówień Publicznych
   e. Dział Rozliczeń i Analiz Świadczeń Zdrowotnych
   f. Sekcja Kontroli Wewnętrznej
   g. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
   h. Sekcja ds. BHP
   i. Zespół Radców Prawnych
   j. Dział Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

§ 9

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa/Lekarz Naczelny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, odpowiadając za stan i jakość opieki leczniczej Szpitala.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa/Lekarza Naczelnego należy w szczególności:
   a. organizacja pracy i nadzór nad realizacją zadań w podległych komórkach organizacyjnych,
   b. nadzór i podpisywanie korespondencji zewnętrznej Szpitala w zakresie nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
   c. nadzór i podpisywanie zamówień zewnętrznych (w tym zleceń na badania i transport medyczny) wychodzących z nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,

d. nadzór nad stanem i jakością świadczeń medycznych udzielanych w Szpitalu,
e. sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną,
f. opiniowanie skarg i wniosków pacjentów lub opiekunów w części dot. lecznictwa,
g. kontrola gospodarki środkami farmakologicznymi i artykułami medycznymi w Szpitalu,
h. analiza materiałów sprawozdawczych i ocena merytorycznej działalności Szpitala,
i. nawiązywanie i utrzymywanie stałej współpracy w zakresie dydaktyki z instytucjami naukowymi,
j. współpraca w zakresie dydaktyki i nauki z komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach,
k. nadzór nad prowadzonymi w Szpitalu badaniami klinicznymi oraz współpraca z Komisją Bioetyczną Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
l. współpraca z Kierownikami Klinik w zakresie nadzoru nad przebiegiem staży lekarskich realizowanych w Szpitalu,
m. współpraca z komitetami działającymi w Szpitalu powołanymi zarządzeniami Dyrektora,
n. podejmowanie decyzji w przedmiocie odstąpienia od wykonania sekcji zwłok,
o. podejmowanie decyzji w zakresie udzielenia płatnej usprawiedliwionej nieobecności pracowników w podległych komórkach organizacyjnych wynikającej ze szkoleń lub konferencji,
p. zatwierdzanie do zapłaty faktur wpływających do Szpitala w zakresie zakupów dokonywanych przez Aptekę Szpitalną i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej zgodnie z zawartymi przez Szpital umowami (z wyłączeniem zewnętrznych zleceń laboratoryjnych oraz transportów zewnętrznych),
q. zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
r. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala związanych z zakresem czynności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa/Lekarza Naczelnego.

3. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa/Lekarzowi Naczelnemu bezpośrednio podlegają następujące komórki organizacyjne Szpitala:
   a. Apteka Szpitalna
   b. Blok Operacyjny A
   c. Blok Operacyjny B
   d. Centralna Sterylizacja
   e. Oddziały Szpitalne wraz z Poradniami Specjalistycznymi Przyszpitalnymi
   f. Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej
   g. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
   h. Sekcja ds. analizy i kontroli dokumentacji medycznej oraz świadczeń zdrowotnych
   i. Koordynator Centrum Urazowego Dla Dzieci
   j. Sekcja ds. badań klinicznych i zakupu świadczeń zdrowotnych
   k. Sekcja Psychologów
   l. Izba Przyjęć
   m. Bank Krwi
   n. Koordynator ds. donacji

§ 10

1. Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, odpowiadając za prawidłowe funkcjonowanie całej infrastruktury oraz obszar cyberbezpieczeństwa Szpitala.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa należy w szczególności:
   a. nadzór nad dokumentacją cyberbezpieczeństwa na etapie jej opracowywania, weryfikacji, aktualizacji, udostępniania i przechowywania,
   b. kreatywne projektowanie i proponowanie zmian w dokumentacji cyberbezpieczeństwa,
   c. utrzymanie w ciągłości działania, planowanie, koordynacja i nadzór nad opracowywaniem, wdrażaniem i funkcjonowaniem wszystkich Systemów informatycznych Szpitala,
   d. zarządzanie cyberbezpieczeństwem,
   e. nadzorowanie audytów wewnętrznych w zakresie cyberbezpieczeństwa, nadzór nad realizacją ustaleń wynikających z audytów,
   f. nadzór nad procesem zarządzania ryzykiem w zakresie cyberbezpieczeństwa,

g. prowadzenie rejestru incydentów cyberbezpieczeństwa,
h. współudział w akceptacji oraz wdrażaniu działań naprawczych wynikających z szacowania ryzyka oraz zaistniałych incydentów cyberbezpieczeństwa,
i. kontakt z podmiotami Krajowego Systemu Cyberbezpieczeństwa,
j. przedstawianie sprawozdań dotyczących funkcjonowania Systemu Cyberbezpieczeństwa oraz realizacji celów, jak również informowanie o skuteczności tego systemu,
k. dokonywanie przeglądów zarządzania Systemu Cyberbezpieczeństwa min. 1 raz w roku oraz raportowanie wyników przeglądów,
l. utrzymanie w ciągłości działania infrastruktury informatycznej i telekomunikacyjnej Szpitala,
m. utrzymanie w ciągłości działania całej infrastruktury technicznej Szpitala,
n. opracowanie polityki eksploatacyjnej (w tym zakupów oraz wymiany sprzętu i aparatury medycznej) Szpitala i nadzór nad jej realizacją,
o. bieżąca analiza i kontrola sytuacji eksploatacyjnej infrastruktury Szpitala, w tym w zakresie wszystkich wymaganych przeglądów (w tym budowlanych oraz sprzętu i aparatury medycznej),
p. przedstawienie wniosków oszczędnościowych w zakresie kosztów,
q. dokonywanie prawidłowych i terminowych rozliczeń finansowych,
r. nadzór nad stanem technicznym majątku Szpitala,
s. nadzór nad realizacją zadań firm zewnętrznych w zakresie eksploatacji majątku Szpitala, w tym w zakresie ponoszonych kosztów,
t. nadzór nad zapewnieniem warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala w zakresie techniczno-eksploatacyjnym,
u. kontrola realizacji remontów wykonywanych na terenie Szpitala,
v. zapewnienie dostaw wszelkich mediów do Szpitala oraz negocjacje z dostawcami mediów w zakresie techniczno-cenowym,
w. przedstawianie propozycji rozwiązań w zakresie racjonalizacji kosztów mediów,
x. nadzór nad obowiązującą sprawozdawczością w podległych działach,
y. nadzór i podpisywanie korespondencji zewnętrznej Szpitala w zakresie nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
z. nadzór i podpisywanie zamówień zewnętrznych wychodzących z nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
aa. zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
bb. zastępowanie pozostałych Zastępców Dyrektora w czasie ich nieobecności, w szczególności, w zakresie korespondencji zewnętrznej oraz zamówień zewnętrznych Szpitala zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami oraz operacyjnymi ustaleniami,
cc. nadzór nad funkcjonowaniem Działu Organizacji i Obsługi Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych i Ambulatoryjnych oraz Archiwum Szpitala,
dd. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

3. Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa bezpośrednio podlegają:
a. Dział Teleinformatyki wraz z Sekcją ds. Informatyki, Sekcją ds. Teletechniki i Wsparcia Informatycznego oraz
b. Dział Wdrożeń Informatycznych,
c. Dział Infrastruktury wraz z Sekcją ds. Sprzętu i Aparatury Medycznej oraz Sekcją ds. Inwestycji i Eksploatacji,
d. Dział Organizacji i Obsługi Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych i Ambulatoryjnych wraz z Archiwum.

§ 11

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, odpowiadając za sferę ekonomiczną oraz administracyjną.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych należy w szczególności:
a. koordynowanie wykonywanych zadań w zakresie gospodarki finansowej i administracji oraz nadzór nad komórkami organizacyjnymi bezpośrednio mu podległymi,
b. realizacja polityki zarządzania jakością w obszarze podległych komórek organizacyjnych i zadań, poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez podległe komórki organizacyjne;

w obszarze ekonomicznym Szpitala:

a. zarządzanie finansami Szpitala w sposób optymalizujący płynność finansową i rentowność Szpitala,
b. nadzór nad przygotowywaniem planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala oraz nad ich realizacją, w tym sprawowanie kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z przyjętymi planami,
c. przygotowywanie analiz finansowych w zależności od potrzeb zarządczych Szpitala, w tym planów naprawczych, programów działań restukturyzacyjnych oraz nadzór i kontrola ich realizacji,
d. nadzór finansowy nad prowadzeniem rachunku kosztów, opracowywanie modyfikacji prowadzonego rachunku kosztów w zależności od potrzeb Szpitala,
e. przygotowywanie opinii ekonomicznych w zakresie zbywania, wynajmowania, dzierżawy majątku trwałego Szpitala na bieżące potrzeby (w tym dla potrzeb Rady Społecznej GCZD),
f. nadzór nad sporządzanymi sprawozdaniami finansowymi i innymi dotyczącymi gospodarki finansowej Szpitala,
g. bieżąca kontrola i nadzór nad zawieranymi i obowiązującymi umowami cywilnoprawnymi przez Szpital,
h. planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
i. nadzór ekonomiczno – finansowy nad zgodnością działań podejmowanych przez Szpital, zgodnie z ustawą o finansach publicznych,
j. wdrożenie i monitorowanie mechanizmów kontroli finansowej, aby Szpital osiągał cele w sposób zgodny z obowiązującym prawem, efektywny i racjonalny odnośnie prawidłowego funkcjonowania wszystkich komórek organizacyjnych, w tym w zakresie działalności podstawowej (wykonujących świadczenia zdrowotne),
k. zatwierdzanie do zapłaty faktur wpływających do Szpitala,
l. zatwierdzanie list płac Szpitala,
m. zatwierdzanie do zapłaty delegacji oraz ryczałtów samochodowych pracowników Szpitala,
n. podpisywanie ugód finansowych z dostawcami Szpitala,
o. zatwierdzanie płatności Szpitala;

w obszarze administracyjnym Szpitala:

a. nadzór merytoryczny nad przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Szpitalu w zakresie dotyczącym podległych komórek organizacyjnych,
b. przygotowywanie planów zakupowych oraz nadzór nad realizacją dokonywanych zakupów materiałów i usług poprzez zapewnienie racjonalnej, efektywnej i oszczędnej gospodarki materiałowej Szpitala,
c. nadzór nad prowadzoną w Szpitalu działalnością komercyjną związaną z wynajmem powierzchni i sprzedażą usług itp.,
d. nadzór oraz wdrażanie mechanizmów kontrolnych w zakresie gospodarowania mieniem Szpitala przyjętym poprzez zakup, dzierżawę, najem czy darowiznę w obszarze funkcjonowania podległych komórek organizacyjnych,
e. inicjowanie i koordynowanie działań w zakresie pozyskiwania partnerów wspomagających funkcjonowanie Szpitala w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa,
f. opracowywanie i realizacja planu działań promocyjnych i marketingowych oraz nadzór nad ich realizacją przez podległe komórki organizacyjne, we współpracy z Dyrekcją Szpitala oraz kierownictwem komórek organizacyjnych, w tym kierowników działalności podstawowej (wykonujących świadczenia zdrowotne);

w obszarze wspólnym ekonomiczno-administracyjnym Szpitala:

a. nadzór i podpisywanie korespondencji zewnętrznej Szpitala w zakresie nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
b. nadzór i podpisywanie zamówień zewnętrznych wychodzących z nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
c. zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
d. zastępowanie pozostałych Zastępców Dyrektora w czasie ich nieobecności, w szczególności, w zakresie korespondencji zewnętrznej oraz zamówień zewnętrznych Szpitala zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami oraz operacyjnymi ustaleniami,

oraz wykonywanie czynności zleconych mu przez Dyrektora, bezpośrednio wiążących się z zakresem jego działalności, nie objętych powyższym zakresem zadań.

3. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych bezpośrednio podlegają:
   1) Główny Księgowy, któremu podlega:
      a. Dział Finansowo-Księgowy, któremu podlega:
         - Kasa
   2) Dział Administracji, któremu podlega:
      a. Sekcja Zaopatrzenia
      b. Sekcja ds. Promocji i Szkoleń
      c. Sekcja ds. Gospodarczych i Ochrony
   3) Dział Standaryzacji Rachunku Kosztów, Kontroli Finansowej i Analiz Ekonomicznych
   4) Dział Organizacyjny
   5) Kapelan Szpitalny

§ 11 A

1. Zastępca Dyrektora ds. Projektu Strategicznego podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Projektu Strategicznego należy w szczególności:
   a. organizacja, koordynacja i kontrola prawidłowości realizacji procesu inwestycyjnego w szczególności budowlanego,
   b. zarządzanie projektem w zakresie technicznym, zgodnie z dokumentacją techniczną i aplikacyjną,
   c. akceptacja merytoryczna dokumentów finansowych dotyczących dostaw i robót,
   d. bieżące informowanie Dyrektora Szpitala o prowadzonych procesach związanych z realizacją Projektu,
   e. wykonywanie innych czynności niezbędnych dla zapewnienia prawidłowej realizacji Projektu i osiągnięcia założonych rezultatów,
   f. opracowanie polityki inwestycyjnej (w szczególności w zakresie budowlanym) Szpitala i nadzór nad jej realizacją,
   g. bieżąca analiza i kontrola sytuacji inwestycyjnej Szpitala, w uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa,
   h. przedstawienie wniosków oszczędnościowych w zakresie kosztów,
   i. dokonywanie prawidłowych i terminowych rozliczeń finansowych,
   j. kontrola realizacji inwestycji realizowanych na terenie Szpitala,
   k. nadzór nad realizacją zadań firm zewnętrznych w zakresie inwestycji,
   l. nadzór nad obowiązującą sprawozdawczością w podległych komórkach organizacyjnych,
   m. nadzór i podpisywanie korespondencji zewnętrznej Szpitala w zakresie nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
   n. zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami
   o. zastępowanie pozostałych Zastępców Dyrektora w czasie ich nieobecności, w szczególności w zakresie korespondencji zewnętrznej, zamówień zewnętrznych oraz zatwierdzanie do zapłaty faktur wpływających do Szpitala zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
   p. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

§ 12

1. Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, odpowiadając za całokształt organizacji i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej.
2. Naczelnej Pielęgniarce bezpośrednio podlegają Pielęgniarki Oddziałowe Oddziałów, Pielęgniarka Oddziałowa Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych, Koordynator Odcinka Leczenia Krótkoterminowego oraz Sekcja Żywienia.
3. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
   a. opracowanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego,
   b. zarządzanie, kierowanie i organizowanie pracy podległego personelu,
   c. kompleksowe i całodobowe zabezpieczenie świadczeń pielęgniarskich nad pacjentem,
   d. analiza i ocena jakości opieki pielęgniarskiej oraz wdrażanie programów opieki pielęgniarskiej zgodnych z obowiązującymi standardami,
   e. analiza zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w oparciu o minimalne normy zatrudnienia,
   f. przyjmowanie z oddziałów Szpitala raportów dziennych,
   g. określanie potrzeb w zakresie doskonalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego,

h. nadzór nad organizacją i przebiegiem szkoleń oraz praktyk pielęgniarskich odbywanych w Szpitalu i poza nim,
i. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala związanych z zakresem czynności Naczelnej Pielęgniarki.

§ 13

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy realizacja ustawowych zadań, w tym:

a. opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
b. prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
c. szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
d. konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną,
e. przygotowanie i wdrożenie standardów akredytacyjnych z grupy Kontrola Zakażeń (KZ),
f. dokonywanie okresowej oceny wdrożonych procedur, stosowanej antybiotykoterapii, wiarygodności monitorowania zakażeń.

§ 14

SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

1. Komórką organizacyjną wykonującą działalność dydaktyczną i badawczą, będącą oddziałem kieruje Ordynator albo inny lekarz kierujący (Kierownik). Poradniami i Pracowniami diagnostycznymi funkcjonującymi przy Oddziałach kieruje Ordynator albo inny lekarz kierujący (Kierownik) danym Oddziałem, przy którym posadowiona jest Poradnia lub Pracownia.
2. Osobą odpowiedzialną za działalność dydaktyczną i badawczą w Oddziale jest Kierownik Kliniki.
3. Funkcje, o których mowa w pkt 1 i 2 można pełnić jednocześnie. Dyrektor bierze udział w postępowaniu mającym na celu powołanie Kierownika Kliniki.
4. Pozostałymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, kierują Kierownicy.
5. Organizację i porządek w procesie pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy oraz pracowników reguluje Regulamin Pracy Szpitala, wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
6. Szczegółowe zadania pracowników określają indywidualne zakresy czynności (obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności) ustalane dla poszczególnych stanowisk pracy.
7. Zakresy czynności (obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności) pracowników komórek organizacyjnych ustalają kierownicy komórek organizacyjnych w oparciu o regulaminowy zakres zadań komórki.
8. Zakresy obowiązków pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych pozostają w aktach osobowych pracowników.

§ 15

ZAKRES ZADAŃ CENTRALNEJ STERYLIZACJI

Do zadań Centralnej Sterylizacji należy podejmowanie wszelkich działań w zakresie sterylizacji i dezynfekcji, mających na celu ograniczenie występowania zakażeń szpitalnych.
Głównym zadaniem Centralnej Sterylizacji jest zabezpieczenie Bloku Operacyjnego i wszystkich oddziałów i komórek organizacyjnych Szpitala w prawidłowo wysterylizowany sprzęt, narzędzia, bieliznę operacyjną i zabiegową, artykuły gumowe oraz tworzywa sztuczne wrażliwe na działanie wysokiej temperatury.

Centralna Sterylizacja:

1. **Zadania w strefie brudnej:**
   a. przyjmowanie zgodnie z harmonogramem godzinowym materiałów i sprzętu przeznaczonych do sterylizacji i dezynfekcji,
   b. przygotowanie narzędzi do procesu dezynfekcji manualnej i w myjniach – automatach lub myjni ultradźwiękowej,
   c. nadzór nad procesem dezynfekcji w myjni – automacie przy użyciu testów dezynfekcji termicznej i procesu prawidłowego mycia,

d. dezynfekcja inkubatorów, promienników i wanien dezynfekcyjnych oraz wózków transportowych w boksie do mycia.

2. **Zadania w strefie czystej:**
   a. przyjmowanie i kontrola czystej bielizny zabiegowej i operacyjnej przekazywanej z pralni,
   b. składanie pełnowartościowej bielizny zgodnie z przyjętym standardem w pakiety, których zawartość jest ustalona z użytkownikiem,
   c. suszenie w suszarce umytych i zdezynfekowanych narzędzi – przeznaczonych do sterylizacji plazmowej,
   d. przygotowanie – kompletowanie zestawów narzędziowych zgodnie z wytycznymi otrzymanymi z poszczególnych oddziałów i bloku operacyjnego,
   e. stosowanie obowiązujących testów oraz opakowań sterylizacyjnych,
   f. przygotowanie materiałów przeznaczonych do resterylizacji,
   g. wybór metody sterylizacji w zależności od rodzaju dostarczonego materiału,
   h. kontrola procesów sterylizacji przy użyciu testów B-D, chemicznych, biologicznych.
3. **Zadania w strefie sterylnej:**
   a. rozładowanie sterylizatorów po skończonych cyklach,
   b. odczytanie testów chemicznych i biologicznych,
   c. prowadzenie dokumentacji procesów sterylizacyjnych do strefy czystej,
   d. magazynowanie sterylnych pakietów zgodnie z przyjętymi zasadami,
   e. wydawanie sterylnego materiału wg przyjętego harmonogramu.
4. **Stacja przygotowania łóżek:**
   Centralna Dezynfektornia wraz ze Stacją przygotowania łóżek przeprowadza dezynfekcję łóżek szpitalnych wraz z wyposażeniem (koce, materace, poduszki itp.) oraz dezynfekcję wózków transportowych, wózków do mycia, kontenerów, drobnego sprzętu itp.
   A. Zadania w strefie brudnej:
      a. przyjmowanie z oddziału łóżek wraz z wyposażeniem,
      b. dezynfekcja komorowa materacy, poduszek, koców itp.,
      c. dezynfekcja łóżek w boksie i myjni – dezynfektorze łóżek,
      d. dezynfekcja wózków transportowych, wózków do mycia oraz drobnego sprzętu,
      e. suszenie zdezynfekowanych łóżek i pozostałego sprzętu przy użyciu sprężonego powietrza.
   B. Zadania w strefie czystej:
      a. wyposażenie zdezynfekowanego i wysuszonego łóżka w materac, poduszkę, koc i czystą pościel,
      b. magazynowanie oraz wydawanie czystych, przygotowanych łóżek oraz wózków.

ZAKRES ZADAŃ KOMÓREK DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ SZPITALA

SZPITAL

1. ODDZIAŁ CHIRURGII I UROLOGII Z PODODDZIAŁAMI CHIRURGII PLASTYCZNEJ I LECZENIA KRÓTKOTERMINOWEGO

Do podstawowych zadań Oddziału Chirurgii i Urologii z Pododdziałami Chirurgii Plastycznej i Leczenia Krótkoterminowego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie obejmującym:

a. chirurgię noworodka:
   - wrodzone wady przewodu pokarmowego,
   - wrodzone wady przepony,
   - zaburzenia zwrotu jelit,
   - wady powłok jamy brzusznej,
   - wodogłowie,
   - wady rozszczepowe układu nerwowego,
   - obumierające zapalenie jelit,

b. chirurgię wad rozwojowych po okresie noworodkowym:
   - wady odbytu i odbytnicy,
   - choroba Hirschsprunga,
   - wady dróg żółciowych,

- odpływ żołądkowo – przełykowy,

c. schorzeń chirurgicznych śledziony,
d. wrodzonych i nabytych chorób trzustki,
e. chorób chirurgicznych wątroby,
f. nadciśnienia wrotnego,
g. chorób tarczycy,
h. przepuklin:
   - ściany brzucha,
   - pachwinowe,
   - pępkowe,
i. wnętrostwa,
j. zespołu ostrej moszny,
k. ostrych stanów brzusznych:
   - zapalenie wyrostka robaczkowego,
   - zapalenie otrzewnej,
   - perforacje przewodu pokarmowego,
   - niedrożności przewodu pokarmowego,
   - krwawienia z przewodu pokarmowego,
   - nieswoiste zapalenia jelit,
l. naczyniaków krwionośnych i limfatycznych,
ł. schorzeń płuc i opłucnej,
m. wad klatki piersiowej,
n. guzów litych złośliwych i łagodnych,
o. oparzeń,
p. urazów wielonarządowych,
r. urazów narządów miąższowych:
   - brzucha,
   - miednicy małej,
   - klatki piersiowej,
s. urazów głowy,
t. chirurgii małoinwazyjnej:
   - laparoskopia,
   - torakoskopia,
u. zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej, w tym leczenie operacyjne:
   - wad rozszczepowych twarzy,
   - naczyniaków twarzy,
   - wad wrodzonych powiek,
   - wad wrodzonych rąk,
   - zniekształceń pourazowych,
   - wad wrodzonych piersi,
v. żylaki powrózka nasiennego,
w. złamania i zwichnięcia wymagające zabiegu repozycji zachowawczej
x. inne choroby wieku dziecięcego wymagające interwencji chirurgicznej

Do zadań Oddziału należy także diagnostyka, leczenie zachowawcze i chirurgiczne schorzeń układu moczowego u dzieci i młodzieży, obejmujące:

a. wady wrodzone nerek,
b. wady wrodzone moczowodów i pęcherza moczowego,
c. wady zewnętrznych narządów płciowych męskich (spodziectwo, wodniak jądra i powrózka nasiennego, wnętrostwo, stulejka),
d. zaburzenia cielesno - płciowe,
e. zakażenia dróg moczowych (odpływ pęcherzowo - moczowodowy),
f. dysfunkcja neurogenna pęcherza moczowego oraz neurogenne zaburzenia czynnościowe dolnych dróg moczowych,
g. chirurgia wad wrodzonych układu moczowego u noworodka i niemowląt,
h. żylaki powrózka nasiennego,

i. zabiegi endoskopowe diagnostyczne i terapeutyczne:
   - laparoskopia,
   - cystoskopia,
   - vaginoskopia,
j. kolka nerkowa,
k. kamica układu moczowego,
l. urazy układu moczowego,
ł. ostra moszna (skręt jądra, zapalenie najądrza i jądra, skręt przyczepka jądra).

2. ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Do podstawowych zadań Oddziału Neurochirurgii należy leczenie metodami chirurgicznymi chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego u dzieci i młodzieży, obejmujące:

a. guzy nowotworowe ośrodkowego układu nerwowego (mózgu i rdzenia kręgowego),
b. guzy kanału kręgowego (nowotworowe, zapalne i inne),
c. guzy podstawy i sklepienia czaszki (nowotworowe, zapalne i inne),
d. ropnie i ropniaki śródczaszkowe,
e. malformacje naczyniowe układu nerwowego i krwawienia śródczaszkowe,
f. wady rozwojowe układu nerwowego,
g. wady wrodzone struktur kostnych czaszki i kanału kręgowego,
h. torbiele pajęczynówki i inne torbiele śródczaszkowe wrodzone i nabyte, wodogłowie wewnętrzne (w tym leczenie metodą neuroendoskopową),
i. urazy czaszkowo-mózgowe,
j. urazy nerwów obwodowych,
k. leczenie chirurgiczne padaczki lekoopornej,
l. zespół spastyczności i dystonii spastycznej,
m. dyskopatia lędźwiowa,
n. kraniosynostozy.

3. ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ

Do podstawowych zadań Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej należy leczenie zachowawcze i chirurgiczne z zakresu traumatologii i ortopedii narządu ruchu, obejmujące:

a. urazy wielomiejscowe i wielonarządowe,
b. urazy w obrębie kończyn dolnych i górnych,
c. urazy w obrębie kręgosłupa (m. in. złamania),
d. skoliozy i wady wrodzone kręgosłupa,
e. wady wrodzone stawu biodrowego (m.in. wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego), stóp (m. in. stopy końsko – szpotawe) i inne,
f. deformacje układu kostno-stawowego, powstałe u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym po leczeniu przepukliny oponowo-rdzeniowej, zespołach genetycznych i innych.

4. ODDZIAŁ PEDIATRII I ENDOKRYNOLOGII DZIECIĘCEJ Z PODODDZIAŁEM ZABURZEŃ ROZWOJU PŁCI

Do podstawowych zadań Oddziału Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej z Pododdziałem Zaburzeń Rozwoju Płci należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia schorzeń endokrynologicznych obejmujące m. in.:

a. niedomogę podwzgórzowo - przysadkową,
b. schorzenia tarczycy,
c. zaburzenia dojrzewania,
d. zaburzenia miesiączkowania,
e. choroby nadnerczy,
f. otyłość z zaburzeniami metabolicznymi,
g. zespół Turnera,
h. zespół Kinefeltera,
i. zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej,
j. programy lekowe,

k. zapalenia górnych i dolnych dróg oddechowych,
l. zatrucia celowe lub przypadkowe lekami, substancjami chemicznymi, alkoholem lub tlenkiem węgla,
m. dzieci kierowane z rozpoznaniem objawu chorobowego, a nie konkretnej jednostki chorobowej (np. gorączka, wymioty, powiększenie węzłów chłonnych, powiększenie wątroby i śledziony na nieznanym tle, zaburzenia oddychania u niemowląt),
n. infekcje towarzyszące podstawowej jednostce chorobowej uniemożliwiające leczenie w Oddziale hospitalizującym schorzenie główne np. padaczka i zapalenie płuc,
o. dzieci przekazane z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii niewymagające intensywnego nadzoru, stabilne krążeniowo i oddechowo,
p. diagnostyka i leczenie chorób o podłożu autoimmunologicznym np. choroba Kawasaki.
q. zaburzenia rozwoju płci.

5. ODDZIAŁ PEDIATRII I NEUROLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO

Do podstawowych zadań Oddziału Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia schorzeń neurologicznych, obejmujące między innymi:

a. zespół mózgowego porażenia dziecięcego z zastosowaniem nowoczesnych metod rehabilitacji i psychologii (pomoc dziecku i rodzinie) oraz terapia spastyczności metodą ostrzykiwania mięśni toksyną botulinową,
b. padaczki od okresu noworodkowego do 18 roku życia (ze szczególnych uwzględnieniem padaczki ekoopornej i kwalifikacji do leczenia operacyjnego),
c. postępujące encefalopatie,
d. zespół nadciśnienia śródczaszkowego u dzieci,
e. zespoły rzekomopadaczkowe,
f. upośledzenie umysłowe i zespoły dysmorficzne u dzieci,
g. bóle głowy,
h. zaburzenia spektrum autyzmu,
i. choroby nerwowo-mięśniowe,
j. schorzenia nerwowo-skórne,
k. poradnictwo genetyczne,
l. choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego (OUN),
m. choroby demielinizacyjne,
n. neuroinfekcje,
o. choroby neurometaboliczne,
p. zaburzenia zachowania,
q. zespoły nerwicowe,
r. wady rozwojowe OUN i in.

Ponadto, w Oddziale jest wykonywana:

a. diagnostyka czynników ryzyka udaru niedokrwiennego i krwotocznego u dzieci z uwzględnieniem czynników krwiologicznych, biochemicznych i genetycznych rodzin pacjentów,
b. diagnostyka neuroobrazowa, morfologiczna i funkcjonalna,
c. wykonywanie TK głowy w ciągu 24 godzin od początku objawów,
d. leczenie farmakologiczne zgodne z aktualnymi zaleceniami,
e. usprawnianie logopedyczne i motoryczne,
f. wsparcie psychologiczne.

6. ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY

Do podstawowych zadań Oddziału Nefrologicznego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia schorzeń nefrologicznych, obejmujące m. in.:

a. zakażenia układu moczowego,
b. wady układu moczowego,
c. ostre i przewlekłe pierwotne i wtórne kłębkowe zapalenia nerek,
d. zespoły nerczycowe,
e. kamicę układu moczowego,
f. moczenie dzienne i nocne,

g. tubulopatie,
h. ostre i przewlekłe niewydolności nerek,
i. diagnostykę krwinkomoczu, białkomoczu,
j. badania diagnostyczne układu moczowego (nawracające zakażenia, objawy dyzuryczne) i in.

7. ODDZIAŁ ONKOLOGII, HEMATOLOGII I CHEMIOTERAPII

Do podstawowych zadań Oddziału Onkologii, Hematologii i Chemioterapii należy:

a. kompleksowa diagnostyka i leczenie wszystkich chorób rozrostowych układu krwiotwórczego: białaczki ostre i przewlekłe, chłoniaki, choroba Hodgkina oraz guzów litych: guzy mózgu, mięsaki, nerczak płodowy, nerwiak zarodkowy, nowotwory kości, guzy zarodkowe, inne oraz histiocytoza komórek Langerhansa:
   – prowadzenie chemioterapii rozrostów hematologicznych i guzów litych,
   – monitorowanie remisji nowotworów dziecięcych obejmujące okresowe badania diagnostyczne i laboratoryjne,
b. kompleksowa diagnostyka i leczenie schorzeń hematologicznych nieonkologicznych, w tym:
   – niedokrwistość oporna na leczenie,
   – niedokrwistość hemolityczna,
   – anemie aplastyczne,
   – trombocytopenie,
   – skazy krwotoczne,
   – prowadzenie leczenia substytucyjnego w hemofiliach,
   – limfadenopatie,
   – diagnostyka splenomegalii,
   – inne.

8. ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGII I PEDIATRII

Do podstawowych zadań Oddziału Gastroenterologii i Pediatrii należy udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia schorzeń gastroenterologicznych, obejmujące m. in.:
  a. zespół złego wchłaniania (zzw): celiakia i wtórne zzw,
  b. zespół złego trawienia (mukowiscydoza),
  c. biegunki przewlekłe,
  d. alergie i nietolerancje pokarmowe,
  e. chorobę refluksową przełyku,
  f. chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy,
  g. nieswoiste zapalenia jelit,
  h. choroby jelita grubego,
  i. diagnostyka nadciśnienia wrotnego,
  j. endoskopowe badanie diagnostyczne oraz zabiegi terapeutyczne górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
  k. przewlekłe schorzenia wątroby i dróg żółciowych,
  l. ostre i przewlekłe zapalenie trzustki,
  m. wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej w przebiegu nieżytu żołądkowo-jelitowego,
  n. żywienie dojelitowe i pozajelitowe.
- w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia schorzeń pulmonologicznych i alergologicznych, obejmujące m. in.:
  a. choroby alergiczne górnych dróg oddechowych,
  b. astmę oskrzelową,
  c. prowadzenie swoistej immunoterapii u dzieci o wysokim stopniu uczulenia,
  d. choroby alergiczne skóry (atopowe zapalenie skóry, pokrzywka, itp.),
  e. choroby z mechanizmem anafilaksji,
  f. alergię pokarmową z manifestacją kliniczną wielonarządową,
  g. ostre schorzenia zapalne dolnych dróg oddechowych,
  h. prowadzenie chorych z zakażeniami oportunistycznymi i zaburzeniami odporności,

i. przewlekłe procesy zapalne i zwyrodnieniowe dróg oddechowych w tym mukowiscydoza, rozstrzenia oskrzeli,
j. nawracające zapalenia dróg oddechowych z uwzględnieniem zaburzeń odporności,
k. powikłania procesów zapalnych dróg oddechowych (drenaż, odma opłucnowa),
l. wady rozwojowe dróg oddechowych,
m. procesy zapalne dróg oddechowych u dzieci z wadami genetycznymi i z zaburzeniami ze strony ośrodkowego układu nerwowego,
n. diagnostykę i leczenie chorób tkanki łącznej z objawami ze strony układu oddechowego lub skóry i in.,
o. realizacja terapeutycznych programów zdrowotnych NFZ w zakresie chorób ultrarzadkich,
p. realizacja programu zdrowotnego NFZ: leczenie przewlekłych zakażeń płuc Pseudomonas aeruginosa u pacjentów z mukowiscydozą.

9. ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Do podstawowych zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia, obejmujące m.in.:

a. przygotowanie anestezjologiczne chorych do zabiegów operacyjnych, poprzez:
   - zapewnienie wydolności oddechowej i krążenia, uzupełnienie strat krwi, płynów, równowagi kwasowo - zasadowej i elektrolitowej, tlenoterapii itp.,
   - walkę z bólem wynikającym z choroby, zabiegu operacyjnego i bólu pourazowego,
b. znieczulenia do zabiegów chirurgicznych,
c. intensywną terapię dzieci w stanach zagrożenia życia
d. intensywny nadzór nad dzieckiem w stanie zagrożenia życia (np. transport chorego),
e. leczenie ostrego bólu
f. leczenie nerkozastępcze
g. leczenia zatruć,

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii współpracuje z innymi oddziałami Szpitala w zakresie:

a. kwalifikacji chorych do znieczulenia i zabiegów operacyjnych,
b. opracowywania planu zabiegów operacyjnych dziennych i tygodniowych,
c. leczenie pacjentów w okresie pooperacyjnym, a szczególnie: zapewnienie drożności dróg oddechowych, tlenoterapii, sztucznej wentylacji, leczenia wstrząsu wyrównywania zaburzeń wodno - elektrolitowych i kwasowo- zasadowych.

10. ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGII DZIECIĘCEJ

Do podstawowych zadań Oddziału Kardiochirurgii Dziecięcej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia wad wrodzonych układu krążenia, obejmujące m.in.:

a. leczenie operacyjne wrodzonych wad serca,
b. wszczepianie stymulatorów oraz inne.

W Oddziale Kardiochirurgii Dziecięcej prowadzona jest całodobowa opieka nad dziećmi przed zabiegami i po zabiegach kardiochirurgicznych., która obejmuje m.in.:

a. przygotowanie dziecka do leczenia operacyjnego wrodzonych wad serca,
b. intensywny nadzór pooperacyjny po operacjach serca i wielkich naczyń,
c. całodobowa, kompleksowa opieka nad dzieckiem w odległych dobach po operacji serca.

11. ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ

Do podstawowych zadań Oddziału Kardiologii Dziecięcej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia, obejmujące:

a. schorzenia zapalne mięśnia sercowego,
b. zaburzenia rytmu serca,
c. nadciśnienie tętnicze,
d. wady serca,
e. wszczepianie stymulatorów,
f. omdlenia,
g. kwalifikację dzieci do leczenia kardiochirurgicznego.

12. ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGII Z PODODDZIAŁAMI CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ I LECZENIA KRÓTKOTERMINOWEGO

Do podstawowych zadań Oddziału Otolaryngologii z Pododdziałami Chirurgii Twarzowo-Szczękowej i Leczenia Krótkoterminowego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia schorzeń laryngologicznych, obejmujące m.in.:

a. zaburzenia słuchu,
b. schorzenia ucha,
c. choroby nosa i zatok przynosowych,
d. schorzenia jamy ustnej i gardła,
e. choroby krtani i tchawicy,
f. choroby przełyku i oskrzeli,
g. choroby w obrębie szyi,
h. schorzenia gruczołów ślinowych,
i. schorzenia tkanek miękkich i kości,
j. zaburzenia rozwojowe uzębienia,
k. leczenia złamań kości twarzoczaszki oraz inne z tego zakresu.

13. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)

Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących w szczególności:

a. wstępną diagnostykę oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
b. współpracę z innymi służbami ratowniczymi w regionie,
c. udział w wojewódzkim planie zabezpieczenia katastrof,
d. segregację medyczną osób zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przydzielana jest jedna z kategorii w pięciostopniowej skali, gdzie:
   1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
   2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
   3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
   4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
   5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut;

Pacjenci SOR będą pozostawali pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu, a ich stan kliniczny będzie poddawany systematycznej ocenie. Ocena ta będzie przeprowadzana nie rzadziej niż co 90 minut. W SOR nie odbywają się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym. W przypadku pacjentów, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

1) w dniach od poniedziałku do piątku od godziny 8:00 do godziny 18:00 do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zadeklarowanego przez pacjenta;
2) na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18:00 a 8:00 rano dnia następnego; w soboty, niedziele i święta całodobowo.

Czas na podjęcie decyzji przez:

1) lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału ratunkowego odnośnie kierowania pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR oraz odmowy przyjęcia do oddziału osoby nie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
2) lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział

uzależniony jest od stanu zdrowia pacjenta oraz wyników wstępnej diagnostyki (badania laboratoryjne, radiologiczne, konsultacje) i w każdym przypadku wynosi maksymalnie do 48 godzin.

e. organizacja wewnętrznego transportu sanitarnego – zlecanie i nadzór nad realizacją przewozów sanitarnych zgłoszonych przez komórki organizacyjne Szpitala.

Zgodnie z regionalnym planem zabezpieczenia katastrof, Szpitalny Oddział Ratunkowy współuczestniczy w ratowniczych akcjach medycznych, na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa.

14. ODDZIAŁ NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

Do podstawowych zadań Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Intensywnej terapii noworodka, w tym:

a. zespół zaburzeń oddychania noworodków i jego powikłania (dysplazja oskrzelowo-płucna),
b. prowadzenie wsparcia oddechowego w przebiegu innych jednostek chorobowych (m.in. PPHN, MAS,
c. zapalenie płuc, zespoły przecieków powietrza),
d. niewydolność krążeniowo-oddechowa uwarunkowana wcześniactwem,
e. niewydolność lub dysfunkcja wielonarządowa spowodowana wcześniactwem,
f. niewydolność lub dysfunkcja wielonarządowa spowodowana zespołem ostrej odpowiedzi zapalnej,
g. sepsa, ciężka sepsa i wstrząs septyczny,
h. wstrząs kardiogenny w przebiegu wrodzonych patologii układu sercowo-naczyniowego oraz leczenie niewydolności krążenia w przebiegu innych zaburzeń ogólnoustrojowych,
i. patologia układu hemostazy,
j. uraz okołoporodowy mechaniczny i biochemiczny (niedotlenienie),
k. encefalopatia niedokrwienno-niedotlenieniowa,
l. obrzęk uogólniony płodu,
m. leczenie kryzy metabolicznej we wrodzonych wadach metabolizmu,
n. monitorowanie i wyrównywanie zaburzeń metabolicznych,
o. wykonywanie transfuzji wymiennych,
p. wykonywanie innych procedur inwazyjnych związanych z działalnością diagnostyczną i terapeutyczną u noworodka.

Intensywnej terapii przed i pooperacyjnej u noworodka, w tym:

a. przygotowanie do zabiegu operacyjnego z wyrównaniem zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz hemostazy i układu krążenia,
b. obserwacja w okresie pooperacyjnym z wyrównywaniem zaburzeń homeostazy,
c. leczenie przeciwbólowe,
d. wybudzanie i uwalnianie ze wsparcia oddechowego,
e. monitorowanie kolonizacji bakteryjnej i odpowiedzi zapalanej o podłożu infekcyjnym, leczenie rozpoznanych zakażeń okołooperacyjnych.

Intensywnego nadzoru nad noworodkiem, w tym:

a. żywienie pozajelitowe,
b. monitorowanie i leczenie retinopatii wcześniaczej,
c. ocena stopnia dojrzałości i identyfikacja pacjentów z grupy ryzyka,
d. choroby dermatologiczne z naruszeniem ciągłości powłok skórnych,
e. monitorowanie parametrów infekcyjnych u pacjentów stabilnych klinicznie, diagnozowanie czynnika etiologicznego zakażenia o przebiegu łagodnym,
f. diagnozowanie nieprawidłowości czynnościowych układu nerwowego,
g. prowadzenie usprawniania neurorozwojowego i logopedycznego,
h. leczenie preparatami krwi,
i. diagnozowanie i leczenie nieprawidłowości układu kostno-stawowego,
j. diagnozowanie zaburzeń endokrynologicznych.

Diagnostyki i terapii wad wrodzonych u noworodka, w tym:

a. diagnostyka wad rozpoznawanych prenatalnie i kwalifikacja do rodzaju postępowania terapeutycznego,
b. diagnostyka wrodzonych wad metabolicznych (IEM) i postępowanie terapeutyczne stabilizujące stan kliniczny,
c. diagnostyka wrodzonych niedoborów odporności,
d. diagnostyka wad wrodzonych wymagających leczenia zabiegowego,
e. diagnostyka wad wrodzonych wymagających leczenia zachowawczego, edukacja opiekunów pacjenta
f. opieka nad pacjentem z zespołem wad mnogich,
g. diagnostyka i opieka nad pacjentem z zespołem genetycznym.

Diagnostyki i terapii chorób wieku noworodkowego, w tym:

a. zaburzenia przebiegające z hiperbilirubinemią
b. zaburzenia gospodarki węglowodanowej

c. patologia układu krwiotwórczego
d. patologia przewodu pokarmowego (zaburzenia trawienia i wchłaniania, nietolerancje i alergie pokarmowe, trudności w karmieniu, nieprawidłowy przybór masy ciała)
e. zaburzenia metaboliczne (osteopenia wcześniacza)
f. diagnostyka i monitorowanie zaburzeń okresu adaptacyjnego z wyrównywaniem homeostazy
g. prowadzenie immunizacji
h. prowadzenie działań edukacyjnych rodziców i opiekunów pacjenta wymagających specjalnej opieki (wcześniactwo, zaburzenia neurologiczne, dysplazja oskrzelowo-płucna, pacjenci po naprawczych zabiegach operacyjnych, pacjenci z zespołami genetycznymi)
i. monitorowanie pacjentów w zakresie programów skriningowych (okulistyczny, audiologiczny, preluksacyjnych)
j. poradnictwo laktacyjne matek hospitalizowanych pacjentów.

15. ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej należy:
a. rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego
b. rehabilitacja neurologiczna wtórna
c. udary, urazy, stany po zatrzymaniu krążenia i inne z tego zakresu
d. zabiegi fizjoterapeutyczne
e. metody reedukacji nerwowo-mięśniowej PNF
f. nauka czynności pionizacji, lokomocji
g. masaż
h. inne formy usprawniania.

16. ODDZIAŁ DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ I PEDIATRII

Do podstawowych zadań Oddziału Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia diabetologicznego, obejmujące m. in.:
a. cukrzycę typu 1, cukrzycę typu 2, cukrzycę wtórną, cukrzycę uwarunkowaną genetycznie, w tym cukrzycę związaną z mukowiscydozą,
b. cukrzycę noworodkową,
c. stany oporności na insulinę u dzieci,
d. ocenę czynników ryzyka i zaburzeń gospodarki węglowodanowej,
e. hipoglikemię,
f. schorzenia współistniejące z cukrzycą,
g. stany przed cukrzycowe,
h. zespół metaboliczny,
i. inne zaburzenia w gospodarce węglowodanowej,
j. działalność edukacyjną i dydaktyczną,
k. programy lekowe,
l. leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci.

17. IZBA PRZYJĘĆ

Do zadań Izby Przyjęć należy:
a. prowadzenie księgi głównej przyjęć i wypisów,
b. przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do planowego leczenia w warunkach stacjonarnych,
c. zakładanie dokumentacji medycznej przyjmowanych do Szpitala pacjentów,
d. informowanie pacjentów zgłaszających się ze skierowaniem lub bez niego o sposobie dalszego postępowania.

Personel Izby Przyjęć podlega bezpośrednio Kierownikowi Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a poza godzinami jego pracy lekarzowi dyżurnemu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

18. APTEKA SZPITALNA

Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:

a. zaopatrywanie oddziałów, poradni, zakładów diagnostycznych w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
b. sporządzanie leków recepturowych oraz aptecznych,
c. prowadzenie działalności w zakresie informacji o produktach leczniczych dla potrzeb pracowników medycznych,
d. udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
e. udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala,
f. udział w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji farmaceutów i innych pracowników medycznych,
g. udział w racjonalizacji farmakoterapii,
h. udział w pisaniu receptariusza szpitalnego i jego nowelizacji,
i. udział w przetargach związanych z zakupem leków, opatrunków, nici chirurgicznych, sprzętu medycznego jałowego, produktów żywieniowych, środków dezynfekcyjnych oraz innych nie wymienionych, a związanych z działalnością Apteki,
j. sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego
k. przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych.

19. BLOK OPERACYJNY A

Do podstawowych zadań Bloku Operacyjnego A należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
a. wykonywania zabiegów operacyjnych,
b. opieki nad pacjentem po zabiegu operacyjnym, do momentu przekazania pacjenta na salę wybudzeń.

Blok Operacyjny A oraz zespół utrzymane są w stanie stałego pogotowia operacyjnego i tak zorganizowane, aby w stanie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna, i sprzęt były przygotowane do natychmiastowej interwencji chirurgicznej. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany lekarzowi prowadzącemu operację. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego rozkładu zabiegów operacyjnych na dany dzień zabiegowy (wyjątek stanowią zabiegi z przyczyn nagłych). Na Bloku Operacyjnym A obowiązują standardy operacyjne odpowiadające specjalnościom medycznym oraz inne właściwe procedury określone przepisami prawa. Po zakończeniu operacji pacjent przekazywany jest na salę wybudzeń i pozostaje pod stałą kontrolą lekarską. Na Bloku Operacyjnym A stosowana jest okołooperacyjna karta kontrolna, która zawiera informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej dokonywane są przez lekarza anestezjologa oraz lekarza operującego, będących koordynatorami karty na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

20. BLOK OPERACYJNY B

Do podstawowych zadań Bloku Operacyjnego B należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów operacyjnych, w tym zabiegów krótkoterminowych.
Blok Operacyjny B oraz zespół utrzymane są w stanie stałego pogotowia operacyjnego i tak zorganizowane, aby w stanie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna, i sprzęt były przygotowane do natychmiastowej interwencji chirurgicznej. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany lekarzowi prowadzącemu operację lub zabieg. Zabiegi i zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego rozkładu zabiegów na dany dzień zabiegowy (wyjątek stanowią zabiegi z przyczyn nagłych). Na Bloku Operacyjnym B obowiązują standardy operacyjne odpowiadające specjalnościom medycznym oraz inne właściwe procedury określone przepisami prawa. Po zakończeniu zabiegu/operacji pacjent przekazywany jest do innego Oddziału lub wypisywany ze Szpitala. Na Bloku Operacyjnym B stosowana jest okołooperacyjna karta kontrolna, która zawiera informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej dokonywane są przez lekarza anestezjologa oraz lekarza operującego, będących koordynatorami karty na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

21. BANK KRWI

Bank Krwi odpowiada za gospodarkę krwią, m. in. składanie zamówień na krew i jej składniki w RCKiK, odbiór krwi i jej składników, przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do właściwej komórki

organizacyjnej Szpitala, wydawanie krwi i jej składników właściwym komórkom organizacyjnym, prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników oraz archiwizacja dokumentacji.

22. ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ I RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

Zadaniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej jest wykonywanie badań diagnostycznych takich jak: TK, USG, MR oraz z zakresu radiologii klasycznej, u chorych leczonych w Szpitalu, bądź leczonych w innych szpitalach. Wykonywanie zabiegów terapeutycznych z zakresu schorzeń układu sercowo – naczyniowego i nerwowego na rzecz pacjentów leczonych w Szpitalu w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej, bądź pacjentów skierowanych przez inne jednostki.

W skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej wchodzą:

a. pracownia tomografii komputerowej,
b. pracownia ultrasonografii,
c. pracownia radiologii klasycznej, w tym aparaty rentgenowskie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Oddziale Kardiochirurgii Dziecięcej,
d. pracownia hemodynamiki i radiologii zabiegowej,
e. pracownia rezonansu magnetycznego.

23. ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

Zadaniem Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jest wykonywanie badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów leczonych w Szpitalu w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz pomocy doraźnej, bądź na rzecz pacjentów skierowanych przez inne jednostki.

W skład Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzą:

a. pracownia analityki ogólnej,
b. pracownia bakteriologii,
c. pracownia biochemii,
d. pracownia cytogenetyki,
e. pracownia hematologii i immunochemii,
f. pracownia równowagi kwasowo - zasadowej,
g. pracownia serologii,
h. pracownia wad metabolicznych,
i. pracownia cytometrii.

24. PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

W pracowniach diagnostycznych, wymienionych w § 6 A Pracownie diagnostyczne pkt 3 i nast. Regulaminu, wykonywana jest diagnostyka na rzecz pacjentów leczonych w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz pomocy doraźnej, jak również pacjentów skierowanych przez inne jednostki. Nadzór nad ww. poszczególnymi Pracowniami sprawuje Kierownik Oddziału, przy którym posadowiona jest Pracownia.

25. ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO N PRZY SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

Do zadań Zespołu Transportu Sanitarnego przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym należy podejmowanie i prowadzenie czynności diagnostycznych i leczniczych u pacjentów w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia:

- w warunkach przedszpitalnych – transport wysokospecjalistyczny „N".

Transport pacjentów w stanie zagrożenia życia w obrębie Szpitala i między Szpitalami. Współpraca z innymi Służbami Ratowniczymi w regionie. Udział w wojewódzkim planie zabezpieczenia katastrof.

26. SEKCJA ŻYWIENIA

Do zadań Sekcji Żywienia należy w szczególności:

a. opracowanie planów żywienia w oparciu o zasady dietetyki, indywidualne zalecenia lekarskie oraz normy ilościowe,
b. organizowanie procesu żywienia w Szpitalu dla potrzeb pacjentów z poszczególnych oddziałów,
c. planowanie jadłospisów z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno- leczniczych w oparciu o obowiązującą klasyfikację diet,
d. nadzorowanie działań związanych z funkcjonowaniem żywienia pacjentów,
e. opracowywanie planów, sprawozdań oraz innych zestawień dotyczących pracy działu.

27. SEKCJA PSYCHOLOGÓW

Do zadań sekcji psychologów należy w szczególności:
Świadczenie usług psychologicznych, w tym:

a. przeprowadzanie diagnozy psychologicznej oraz udzielanie szeroko pojętej pomocy psychologicznej pacjentom i ich rodzinom, w sytuacjach związanych z pobytem w Szpitalu, chorobami somatycznymi i sytuacjami stresującymi lub innymi wpływającymi na stan psychiczny pacjentów,
b. opracowywanie pisemnych opinii i konsultacji psychologicznych dotyczących poszczególnych pacjentów,
c. ścisła i wzajemna współpraca w zakresie wykonywanych obowiązków z kierownikami komórek działalności podstawowej Szpitala zlecającymi konsultację psychologiczną, a także z pozostałym personelem leczącym,
d. prowadzenie dokumentacji potwierdzającej świadczenie usług psychologicznych w formie pisemnych opinii i konsultacji.

28. SEKCJA DS. BADAŃ KLINICZNYCH I ZAKUPU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Do zadań Sekcji ds. badań klinicznych i zakupu świadczeń zdrowotnych, należy w szczególności:

a. przygotowywanie dokumentów i prowadzenie procedury dotyczącej zawierania umów na badania kliniczne oraz prace naukowo-badawcze,
b. przyjmowanie korespondencji związanej z realizacją prac naukowo-badawczych prowadzonych w jednostkach organizacyjnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach posadowionych w Szpitalu,
c. koordynacja działań związanych z uczestnictwem Szpitala w Europejskich Sieciach Referencyjnych,
d. zakup przez Szpital świadczeń zdrowotnych podwykonawczych oraz potwierdzanie pod względem merytorycznym przedmiotowych faktur zakupowych,
e. współpraca z Działem Finansowo-Księgowym,
f. przekazywanie komórkom organizacyjnym Szpitala informacji dotyczących zasad realizacji przez podwykonawców świadczeń zdrowotnych wynikających z zawartych umów,
g. kontrola realizacji zadań zawartych w umowach na podwykonawcze usługi zdrowotne,
h. prowadzenie postępowań konkursowych i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z podwykonawcami, podlegających wyłączeniu z ustawy Prawo Zamówień Publicznych,
i. zawieranie umów sprzedaży świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Szpital poza systemem publicznym,
j. prowadzenie rejestru umów w zakresie zakupionych usług zdrowotnych oraz świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Szpital poza systemem publicznym,
k. przekazywanie informacji o zawartych umowach odpowiednim komórkom organizacyjnym Szpitala,
l. prowadzenie bieżącej korespondencji Szpitala w w/w zakresie,
m. wykonywanie innych czynności zlecanych przez Dyrektora Szpitala,
n. bieżąca sprawozdawczość w zakresie realizacji umów na świadczenia zdrowotne.

AMBULATORIUM

1. PORADNIE SPECJALISTYCZNE PRZYSZPITALNE

W ramach Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych funkcjonują poradnie specjalistyczne, udzielające świadczeń ambulatoryjnych, stosownie do reprezentowanej specjalności medycznej, dla pacjentów w wieku 0 – 18 roku życia. Świadczeń zdrowotnych w Poradniach udzielają wyłącznie specjaliści w specjalnościach reprezentowanych dla profilu Poradni lub specjalizujący się w danej specjalności. Lekarze udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz prowadzą dokumentację medyczną pacjenta wg. obowiązujących przepisów prawa. Pacjenci kierowani na specjalistyczne badania i zabiegi otrzymują odpowiednie skierowania, a w dokumentacji medycznej sporządzana jest odpowiednia adnotacja. Przyjmowanie pacjentów w Poradniach odbywa się planowo w wyznaczonych terminach. Dla każdej Poradni prowadzone są odrębne listy oczekujących. Poradnie funkcjonują zgodnie z harmonogramem pracy określonym w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia:

a. **Poradnia alergologiczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie alergologii dziecięcej.
b. **Poradnia audiologiczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie leczenia zaburzeń słuchu, wykonywanie audiogramów wraz z oceną audiologiczną, badanie zysku z aparatu słuchowego,

badanie potencjałów słuchowych z pnia mózgu BERA, badania otoemisji oraz tympanometria wraz z odruchami z mięśnia strzemiączkowego.

c. **Poradnia chirurgiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie chirurgii dziecięcej.
d. **Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci.
e. **Poradnia leczenia otyłości oraz zaburzeń lipidowych u dzieci i młodzieży,** do zadań której należy opieka ambulatoryjna w zakresie leczenia otyłości dzieci i młodzieży oraz chorób metabolicznych.
f. **Poradnia diabetologiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie diabetologii dla dzieci i młodzieży.
g. **Poradnia dermatologiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie dermatologii dziecięcej.
h. **Poradnia endokrynologiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie endokrynologii dziecięcej.
i. **Poradnia gastroenterologiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie gastroenterologii dziecięcej.
j. **Poradnia genetyczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie genetyki.
k. **Poradnia ginekologiczna dla dziewcząt,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie ginekologii dziecięcej.
l. **Poradnia onkologii i hematologii,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej.
m. **Poradnia kardiochirurgiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie kardiochirurgii dziecięcej.
n. **Poradnia kardiologiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie kardiologii dziecięcej.
o. **Poradnia leczenia bólu,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie leczenia bólu.
p. **Poradnia nefrologiczna,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie nefrologii dziecięcej.
q. **Poradnia neurologiczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie neurologii dziecięcej.
r. **Poradnia neurochirurgiczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie neurochirurgii dziecięcej.
s. **Poradnia urologiczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie urologii dziecięcej.
t. **Poradnia okulistyczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie okulistyki dziecięcej.
u. **Poradnia chirurgii onkologicznej**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie onkologii dziecięcej.
v. **Poradnia otorynolaryngologiczna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie otolaryngologii dziecięcej.
w. **Poradnia neonatologiczna i patologii noworodka,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna nad noworodkiem zdrowym i w zakresie patologii noworodka.
x. **Poradnia preluksacyjna**, do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie preluksacji dla dzieci.
y. **Poradnia zdrowia psychicznego,** do zadań, której należy opieka ambulatoryjna w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci.
z. **Poradnia logopedyczna,** do zadań, której należy prowadzenie terapii: dyskalii, opóźnionego rozwoju mowy, afazji, dyfuzji (alalii, niedokształcenia mowy), dyzartrii, osób jąkających się, palatolalii (zaburzeń mowy wynikających z obecności oszczepu podniebienia), dzieci upośledzonych umysłowo, zaburzeń mowy dzieci niedosłyszących i głuchych, dysfagii oraz wczesna interwencja logopedyczna obejmująca dzieci od 0-3 roku życia.
aa. **Poradnia leczenia mukowiscydozy,** do zadań, której należy kompleksowe i wielospecjalistyczne postępowanie obejmujące: leczenie żywieniowe, terapię niewydolności wewnątrzwydzielniczej trzustki, profilaktykę i leczenie choroby oskrzelowo-płucnej, w tym skojarzone stosowanie, profilaktykę i leczenie choroby oskrzelowo-płucnej, w tym skojarzone stosowanie fizjoterapii i farmakoloterapii, badanie lekarskie, pomiary antropometryczne, badanie spirograficzne, badanie bakteriologiczne plwociny, w miarę potrzeby - RTG klatki piersiowej, pulsoksymetria lub gazometria.
bb. **Poradnia leczenia żywieniowego,** do zadań, której należy żywienie dojelitowe w warunkach domowych.
cc. **Poradnia Leczenia Rzadkich Wrodzonych Wad Metabolizmu u Dzieci** do zadań, której należy kompleksowa diagnostyka oraz leczenie z zakresu rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci.

dd. **Poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci**, do zadań której należy leczenie ambulatoryjne specjalistyczne, udzielanie porad kompleksowych, specjalistycznych oraz zabiegowych i diagnostycznych a także monitorowanie skutków leczenia.

W ramach Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych funkcjonują poradnie specjalistyczne wymienione w § 6 pkt B Regulaminu, udzielając świadczeń ambulatoryjnych, stosownie do reprezentowanej specjalności medycznej dla pacjentów. W zakresie diagnostyki dla potrzeb poszczególnych Oddziałów, pacjenci konsultowani są przez odpowiednich specjalistów.

2. PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

W pracowniach diagnostycznych, wymienionych w § 6 B pkt 4 Regulaminu, wykonywana jest diagnostyka na rzecz pacjentów leczonych w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz pomocy doraźnej, jak również pacjentów skierowanych przez inne jednostki. Nadzór nad ww. poszczególnymi pracowniami sprawuje Kierownik Oddziału przy którym posadowiona jest pracownia lub Kierownik Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych.

3. PUNKT POBRAŃ MATERIAŁÓW DO BADAŃ

W punkcie pobrań materiałów do badań, pobierany jest materiał do badań genetycznych.
Punkt Pobrań Materiałów do Badań bezpośrednio podlega Kierownikowi Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych.

4. GABINETY DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWE

W gabinetach diagnostyczno-zabiegowych wykonywane są świadczenia diagnostyczne, lecznicze i zabiegowe na rzecz pacjentów leczonych w ramach opieki ambulatoryjnej.
Gabinety diagnostyczno-zabiegowe bezpośrednio podlegają Kierownikowi Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych.

JEDNOSTKI POMOCY DORAŹNEJ

1. PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Do zadań Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie pomiędzy godziną 18:00 a 8:00 rano dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta.

a. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy, w którym wykonywane są świadczenia diagnostyczne, lecznicze i zabiegowe.

§ 16

ZAKRES SZCZEGÓŁOWYCH ZADAŃ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH DZIAŁALNOŚCI ADMINISTRACYJNEJ, TECHNICZNEJ I OBSŁUGI

I. DZIAŁ ADMINISTRACJI

Do kompetencji Działu Administracji należy w szczególności:

a. zarządzanie nieruchomością budowlaną i gruntową:
   - regulacja spraw dotyczących podatku od nieruchomości,
   - sporządzanie umów najmu i dzierżawy,
   - nadzór nad treściami reklamowymi rozmieszczanymi na terenie Szpitala,
b. ewidencja składników majątkowych:
   - prowadzenie ewidencji środków trwałych i wyposażenia oraz współpraca przy inwentaryzacji majątku trwałego,
   - oznaczenie numerem inwentarzowym zakupionego lub pozyskanego sprzętu,
   - przygotowywanie danych do ubezpieczenia majątku GCZD,
c. zawieranie umów darowizny, użyczenia i testowania,
d. prowadzenie spraw związanych z obsługującą Szpital telefonią komórkową,
e. współdziałanie przy opracowaniu wniosków inwestycyjnych na zakup sprzętu i aparatury medycznej,

f. przygotowywanie wniosków na Radę Społeczną z zakresu planowanych przez Dział Administracji zakupów i ewentualnych darowizn,
g. składanie sprawozdań do Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w zakresie dokonanych przez Szpital zakupów i przyjętych darowizn oraz składania wniosków o wyrażenie zgody na powyższe,
h. prowadzenie spraw związanych z udostępnieniem Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu oddziałów szpitalnych na realizację zadań dydaktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym sporządzanie kalkulacji cenowej, przy współpracy z Działem Kontroli Finansowej i Analiz,
i. gospodarka odpadami komunalnymi, medycznymi i pozostałymi wraz z zawieraniem umów oraz formalną kontrolą nad ich realizacją,
j. nadzór na realizacją usług: żywienia pacjentów, pralniczej – merytoryczna kontrola realizacji tych usług i ich rozliczanie,
k. zawieranie umów oraz nadzór nad ich realizacją i rozliczanie usług: dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji (DDD), transportu zwłok, przygotowania zwłok do pochówku, patrolu interwencyjnego, serwisu kas fiskalnych, kurierskich (wysyłka materiałów medycznych), wykonania pieczątek, utylizacji,
l. merytoryczna kontrola dowodów zakupów realizowanych przez Dział Administracji,
m. zgłaszanie szkód majątkowych i komunikacyjnych do ubezpieczyciela.

Do zadań Sekcji Zaopatrzenia, która jest integralną częścią Działu należy:
Prowadzenie gospodarki magazynowej:
- prowadzenie ewidencji towarów,
- prowadzenie ewidencji według instrukcji obiegu dokumentów magazynowych,
- bieżąca analiza zapasów,

Zaopatrzenie „Szpitala":
- przyjmowanie zapotrzebowań od poszczególnych komórek organizacyjnych i ich kontrola w zakresie celowości zgodności z planami zakupów,
- rozpoznanie rynku i sporządzanie dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi procedurami,
- realizacja zamówień zgodnie z ustawą prawo zamówień publicznych,
- przygotowanie wniosków przetargowych obejmujących opis przedmiotu zamówienia, specyfikacje asortymentowe - przy współpracy z innym komórkami organizacyjnymi - objętych prawem zamówień publicznych,
- udział w pracach komisji przetargowych,
- nadzór nad realizacją zawartych zamówień/umów na dostawy,
- rozliczanie faktur zgodnie z zawartymi umowami/zamówieniami, na poszczególne ośrodki kosztów,
- prowadzenie sprawozdawczości w zakresie zrealizowanych zakupów.

Do zadań Sekcji ds. Promocji i Szkoleń, która jest integralną częścią Działu należy:
a. organizowanie i realizowanie akcji promujących Szpital, w szczególności prezentacja nowości i wydarzeń z życia Szpitala, promocja specjalistów i przeprowadzanych zabiegów,
b. przeprowadzanie akcji promujących poszerzanie wiedzy i umiejętności przez pracowników oraz inne zainteresowane podmioty,
c. współpraca z regionalnymi przedstawicielami świata biznesu, władz lokalnych, organizacji, szkół i uczelni wyższych w zakresie promocji Szpitala i pozyskiwania środków sponsorskich oraz darowizn,
d. organizacją różnego rodzaju imprez promocyjnych, spektakli dla dzieci, spotkań, paneli, koncertów, konferencji prasowych itp.,
e. nawiązywanie kontaktów i poszukiwanie partnerów realizowanych projektów,
f. organizowanie i prowadzenie kursów, szkoleń, prelekcji i instruktaży m.in. w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i resuscytacji krążeniowo-oddechowej, prawa medycznego,
g. planowanie, koordynowanie oraz dokumentowanie wszelkich akcji promujących Szpital oraz szkoleń dla kadry medycznej w zakresie udzielania pierwszej pomocy,
h. prowadzenie korespondencji z instytucjami współpracującymi ze Szpitalem w zakresie promocji i szkoleń,
i. opracowywanie informacji dla mediów, materiałów edukacyjnych dla szkół oraz instytucji zainteresowanych współpracą w zakresie promocji i udziału w szkoleniach,
j. projektowanie i opracowywanie informacji i materiałów o charakterze promocyjnym na potrzeby instytucji zewnętrznych (newsletter, skrypty, broszury informacyjne, plakaty, kalendarze, gadżety).
k. kształtowanie wizerunku Szpitala poprzez kontakt ze środkami masowego przekazu.

Do zadań Sekcji ds. Gospodarczych i Ochrony, która jest integralną częścią Działu należy:

a. nadzór nad zabezpieczeniem obiektu Szpitala,
b. nadzór nad parkingiem szpitalnym,
c. zabezpieczenie ładu i porządku w Szpitalu wraz z terenem przyszpitalnym oraz pielęgnacja i rekultywacja terenów zielonych,
d. obsługa szatni szpitalnej oraz ksero,
e. prowadzenie bieżącego monitoringu wizyjnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
f. cykliczne wykonywanie obchodów terenu Szpitala,
g. obsługa systemu parkingowego, kas fiskalnych oraz przyjmowanie opłat,
h. sprzedaż abonamentów parkingowych dla osób odwiedzających Szpital,
i. udzielanie informacji osobom odwiedzającym Szpital,
j. wykonywanie zadań zgodnie z Instrukcją Ochrony GCZD oraz Instrukcją Bezpieczeństwa Pożarowego,
k. obsługa centralek sygnalizacji pożarowej,
l. przyjmowanie i potwierdzanie zgłoszeń o wystąpieniu zagrożeń na terenie Szpitala oraz powiadamianie o powyższym właściwych służb,
m. zabezpieczenie imprez i uroczystości na terenie GCZD,
n. wykonywanie zadań obronnych.

II. DZIAŁ STANDARYZACJI RACHUNKU KOSZTÓW, KONTROLI FINANSOWEJ I ANALIZ EKONOMICZNYCH

Do zadań Działu Standaryzacji Rachunku Kosztów, Kontroli Finansowej i Analiz Ekonomicznych należy w szczególności:

- **w zakresie kontroli finansowej**:
  a. przeprowadzanie kontroli finansowej w poszczególnych komórkach organizacyjnych na zlecenie Dyrektora w miarę potrzeb w zakresie określonym przez zlecającego kontrolę,
  b. ustalanie limitów w ramach zatwierdzonego przez Dyrektora planu finansowego Szpitala, ich monitorowanie, wydawanie opinii o celowości ich utrzymania, korespondencja z wnioskującymi komórkami organizacyjnymi, których limity dotyczą.

- **w zakresie wyceny świadczeń i kalkulacji kosztowych**:
  a. kalkulacja pacjentów z Unii Europejskiej przyjmowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
  b. sporządzenie wstępnego i finalnego kosztorysu pacjenta rozliczanego indywidualnie „za zgodą płatnika" w portalu świadczeniodawcy NFZ,
  c. kalkulacja pacjentów nieubezpieczonych,
  d. kalkulacje prac badawczych, eksperymentów medycznych oraz badań klinicznych prowadzonych w Szpitalu,
  e. kalkulacje opłat za prowadzone w Szpitalu kursy specjalistyczne, staże, kalkulacje wynajmu powierzchni użytkowej,
  f. wycena nowo wprowadzonych procedur medycznych jak również aktualizacja wykonywanych w Szpitalu procedur medycznych w zakresie stosowanych materiałów i nakładu osobowego.

- **w zakresie sporządzania analiz**:
  a. przygotowanie dla kadry kierowniczej sprawozdań, informacji, analiz ekonomiczno – finansowych oraz innych danych przydatnych do bieżącego podejmowania decyzji, w szczególności ekonomicznych,
  b. szczegółowe analizy rentowności poszczególnych ośrodków powstawania kosztów /OPK/,
  c. indywidualne analizy kosztowe, wskaźnikowe na potrzeby komórek organizacyjnych działalności podstawowej i pomocniczej Szpitala,
  d. analizy opłacalności nowo powstałych komórek organizacyjnych z zakresu działalności medycznej,
  e. analizy opłacalności nowo wprowadzonych wyrobów medycznych, nowych zabiegów i procedur medycznych, nowych badań diagnostycznych z wykorzystaniem nowych metod i aparatury medycznej,
  f. analiza rentowności Jednorodnych Grup Pacjentów /JGP/ i innych produktów rozliczeniowych NFZ, wg zgłaszanych potrzeb,
  g. przygotowanie i aktualizacja cenników wykonywanych świadczeń zdrowotnych i usług przez Szpital.

- **w zakresie prowadzenia rachunku kosztów**:
  a. obsługa modułu finansowo – księgowego,
  b. opracowanie metodologii rozliczania kosztów dla poszczególnych jednostek organizacyjnych – nośniki kosztów, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w szczególności standardem rachunku kosztów u świadczeniodawców,
  c. prowadzenie rachunku kosztów według miejsc powstawania kosztów,
  d. modyfikacja zasad ewidencji kosztów w celu dostosowania do zmieniających się warunków funkcjonowania,
  e. bieżąca kontrola kosztów, analizy odchyleń kosztów, analizy progu rentowności,
  f. zestawienia ilościowe, wartościowe poszczególnych procedur medycznych wykonywanych w ośrodkach działalności podstawowej i pomocniczej,
  g. sporządzenie wyników finansowych dla komórek organizacyjnych działalności podstawowej Szpitala (oddziały, poradnie),
  h. współpraca z komórkami organizacyjnymi w celu poprawy wyniku finansowego, ocena racjonalności ponoszonych kosztów, wykonywanych świadczeń, osiąganych przychodów,
  i. przygotowanie i wdrożenie zarządzeń Dyrektora dotyczących ewidencji danych niezbędnych do rachunku kosztów, ustalanie ośrodków powstawania kosztów /OPK/, terminów przekazywania danych przez komórki organizacyjne dla potrzeb ewidencji kosztów,
  j. współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie przygotowywania i przekazywania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej w zależności od bieżącego zapotrzebowania na informacje,
  k. przygotowanie okresowych sprawozdań finansowych oraz wniosków w zakresie analiz finansowych wg potrzeb,
  l. udzielanie wyjaśnień, opinii w sprawach należących do zakresu obowiązków działu stosownie do obowiązujących przepisów.

III. DZIAŁ HIGIENY SZPITALNEJ

Dział Higieny Szpitalnej realizuje zadania związane z utrzymaniem czystości, dezynfekcją, gospodarką odpadami medycznymi oraz transportem wewnętrznym poprzez:
a. zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług w zakresie higieny szpitalnej,
b. opracowanie i wdrażanie programu higieny szpitalnej,
c. codzienne i okresowe czyszczenie, sprzątanie pomieszczeń, sprzętów i mebli przy użyciu odpowiednich środków,
d. prawidłową dezynfekcję miejsc, sprzętu i aparatury,
e. podnoszenie standardów działań profilaktycznych związanych z dezynfekcją i higieną szpitala,
f. realizację obowiązujących procedur w zakresie higieny umożliwiających utrzymanie pożądanego poziomu higieny szpitalnej,
g. prowadzenie magazynu bielizny czystej i brudnej,
h. koordynację działań związanych z gospodarką środkami czystości, dezynfekcji i odpadami medycznymi.

W skład Działu Higieny Szpitalnej wchodzi **Sekcja Transportu Wewnętrznego**, do zadań której należy w szczególności:
a. dostarczanie i odbieranie materiałów oraz wyników badań do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
b. dostarczanie sprzętu medycznego, materiałów opatrunkowych, leków itp. z apteki lub magazynu medycznego do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
c. pomoc podczas przenoszenia sprzętu, mebli itp.,
d. dystrybucja sprzętu z Centralnej Sterylizacji do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
e. transport odpadów wszystkich kategorii z miejsc powstania do miejsc gromadzenia,
f. transport skażonego sprzętu medycznego z oddziałów do Centralnej Sterylizacji,
g. transport zwłok z oddziałów do pomieszczenia pośmiertnego oraz wydawanie zwłok do prosektorium zgodnie z obowiązująca dokumentacją.

IV. SEKCJA DS. EPIDEMIOLOGII

Do zadań Sekcji ds. Epidemiologii należy:

a. czynny udział w pracach Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
b. podejmowanie działań redukujących ryzyko zakażeń szpitalnych,
c. współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań Szpitala w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
d. opracowywanie programów zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
e. określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu oraz analizowanie źródła zakażeń,
f. monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń szpitalnych w ramach czynnego i biernego systemu rejestracji,
g. prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych i postępowań w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego,
h. nadzorowanie prowadzonej dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych, w szczególności związanej, z rejestracją zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
i. opracowywanie raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala,
j. uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentami z zakażeniem szpitalnym,
k. ustalanie wskazań i zasad izolacji chorych, a także sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
l. szkolenie personelu medycznego i niemedycznego w zakresie zasad, praktyk i metod kontroli zakażeń szpitalnych,
m. współpraca z pielęgniarkami i położnymi łącznikowymi,
n. współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu tj.: lekarzem zakładowym, specjalistą ds. BHP,
o. współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi w zakresie utrzymania właściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala.

V. DZIAŁ INFRASTRUKTURY

Do zadań Działu Infrastruktury należy:

a. Prowadzenie wszelkich prac i działań związanych z bieżącym utrzymaniem infrastruktury Szpitala w zakresie infrastruktury technicznej, w tym prawidłowym funkcjonowaniem instalacji elektrycznych, wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania, wentylacyjnych, klimatyzacyjnych, gazów medycznych, systemu sygnalizacji pożaru, instalacji telefonicznych, a także dostępności i prawidłowości działania sprzętu i aparatury medycznej, w tym bieżący nadzór nad terminowością przeglądów sprzętu i aparatury medycznej, usuwanie zgłaszanych usterek i awarii w zakresie funkcjonowania sprzętu i aparatury medycznej.
b. Ocenę stanu istniejącego, pomiary z natury, określenie zakresu niezbędnych prac remontowych i modernizacyjnych oraz uzgodnienie tego zakresu z użytkownikami.
c. Sporządzenie dokumentacji lub programu funkcjonalno – użytkowego niezbędnego do przeprowadzenia remontu, modernizacji lub inwestycji przez pracowników Sekcji ds. Inwestycji i Eksploatacji lub poprzez zlecenie usługi do opracowania przez firmy obce.
d. Uzyskanie niezbędnych uzgodnień branżowych (SANEPID, BHP, PPOŻ), dokonanie zgłoszenia lub uzyskanie pozwolenia na przeprowadzenie prac budowlanych w UM w Katowicach oraz zgody na użytkowanie po zakończeniu prac w Inspektoracie Nadzoru Budowlanego.
e. Szacowanie wartości przewidywanych prac - sporządzenie kosztorysów w tym:
f. wykonywanie kosztorysów inwestorskich na podstawie cenników i katalogów KNR,
g. wykonywanie kosztorysów inwestorskich – do przekazania firmom ubezpieczeniowym w przypadku awarii.
h. Przygotowanie dokumentacji przetargowej obejmującej opis przedmiotu zamówienia, kosztorysy budowlane, kosztorysy branżowe, załączniki graficzne, opisy robót, specyfikacje i wnioski do zamówień publicznych na wykonanie robót remontowych, modernizacyjnych lub inwestycyjnych objętych prawem zamówień publicznych .
i. Opracowywanie Rocznego Planu Przeglądów i Remontów oraz przedsięwzięć eksploatacyjnych w obiektach i pomieszczeniach GCZD.
j. Udział w posiedzeniach komisji przetargowej.
k. Sprawdzanie pod względem merytorycznym ofert w zakresie wnioskowanych zamówień.
l. Opracowywanie faktur zgodnie z zawartymi umowami, wraz z ich rozliczaniem na poszczególne ośrodki kosztów.

m. Prowadzenie elektronicznej ewidencji zawartych umów.
n. Koordynacja i nadzór nad zawartymi umowami wraz zapewnieniem ciągłości dostaw i usług.
o. Monitorowanie stanu zaawansowania realizacji umów.
p. Ustalanie priorytetów w zakresie inwestycji i remontów w odniesieniu do posiadanych środków i możliwości finansowych.
q. Zakładanie i prowadzenie na bieżąco książek obiektów zgodnie z obowiązującymi wymogami Prawa Budowlanego.
r. Prowadzenie archiwum zawierającego dokumentacje techniczną, budowlaną i branżową budynków GCZD, bieżąca aktualizacja dokumentacji technicznej, polegającą na nanoszeniu zakresu i rodzaju wprowadzonych w trakcie prac remontowych zmian, a także uzupełnianie brakującej dokumentacji w formie elektronicznej.
s. Współpracę z Działem Teleinformatyki i Działem Administracji poprzez wzajemną wymianę danych i informacji na temat infrastruktury, sprzętu i aparatury medycznej, bieżącą ocenę zgłaszanych awarii a także sporządzanie protokołów awaryjnych i wniosków zakupowych, przetargowych dotyczących ich usunięcia oraz nadzorowanie prac wykonawczych.
t. Przygotowywanie pomieszczeń i instalacji dla zakupionych aparatów i urządzeń medycznych.
u. Dostarczanie dokumentacji niezbędnej do wykonywania pomiarów i kontroli, udzielanie informacji innym działom GCZD na ten temat.
v. Nadzór nad przebiegiem prac w trakcie realizacji, zgodnie z warunkami technicznymi wykonania i odbioru robót zgodnie ze sztuką budowlaną, obowiązującymi przepisami Prawa Budowlanego, rozporządzeń branżowych, Polskimi Normami, oraz przepisami w zakresie wymagań higieniczno - sanitarnych, ochrony p.poż oraz BHP. Kontrola użytych materiałów pod względem atestów, certyfikatów przed ich wbudowaniem.
w. Rozliczenie wykonawców robót z zakresu wykonanego zadania.
x. Odbiór modernizowanych i remontowanych obiektów.
y. Przyjęcie i sprawdzenie dokumentacji powykonawczej oraz kompletu atestów, protokołów prób i badań.
z. Przeprowadzanie bieżących kontroli i przeglądów stanu technicznego budynków zgodnie z obowiązującymi wymogami Prawa Budowlanego.
aa. Przeprowadzenie wizji lokalnej w przypadku zgłoszenia awarii, sporządzenie protokołu awarii, zabezpieczenie wraz z określeniem przyczyn oraz sposobu usunięcia awarii w tym szacunkowy koszt niezbędnych prac naprawczych.
bb. Nadzorowanie określonych przepisami końcowych i okresowych pomiarów elektrycznych.
cc. Współpracę z Działem Teleinformatyki w zakresie projektowania i wykonywania instalacji teleinformatycznej - przekazywanie niezbędnych informacji o istniejącej infrastrukturze teletechnicznej i elektrycznej.
dd. Prawidłowym zarzadzaniem sprzętem i aparaturą medyczną.
ee. Podejmowaniem działań zapewniających pacjentom i personelowi bezpieczeństwo związane z użytkowaniem w/w zasobów.
ff. Prowadzeniem bieżącego nadzoru nad eksploatacją sprzętu i aparatury medycznej poprzez wdrożenie i nadzór nad dedykowanym systemem informacyjnym.
gg. Przygotowywanie, organizacja i nadzór nad procesem zakupu/eksploatacji/sprzedaży/kasacji sprzętu i aparatury medycznej.
hh. Przekazywaniem do eksploatacji sprzętu medycznego i aparatury medycznej komórkom organizacyjnym Szpitala.
ii. Naprawę drobnego sprzętu medycznego i aparatury medycznej.
jj. Prowadzenie i nadzór prac związanych z pozyskiwaniem środków finansowych na zakupy inwestycyjne w zakresie sprzętu i aparatury medycznej oraz środków finansowych na inwestycje budowlane i modernizacyjne w ramach organizowanych konkursów Ministerstwa Zdrowia, środków budżetu państwa i funduszy unijnych
kk. Prowadzenie pełnej sprawozdawczości elektronicznej dokumentacji głównych prac realizowanych przez Dział Infrastruktury.

W skład **Działu Infrastruktury** wchodzi:
Sekcja ds. Sprzętu i Aparatury Medycznej, do zadań której należy w szczególności:
1. W zakresie zarzadzania sprzętem i aparaturą medyczną:

a. Stworzenie i prawidłowe zarządzanie bazą danych sprzętu i aparatury medycznej używanych w GCZD,
b. opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania faktycznego czasu używania wysokospecjalistycznych urządzeń i aparatury medycznej,
c. opracowanie, współpraca i nadzór nad właściwą, jednolitą nomenklaturą sprzętu i aparatury we współpracy z Działem Administracji,
d. współpraca z Działem Administracji w zakresie monitorowania faktycznego stanu sprzętu i aparatury medycznej w GCZD.

2. W zakresie podejmowania działań zapewniających pacjentom i personelowi bezpieczeństwo:
   a. monitorowanie i przekazywanie odpowiednim Komórkom Organizacyjnym informacji o potencjalnych zagrożeniach w tym notatek bezpieczeństwa, związanych z eksploatacją sprzętu i aparatury medycznej,
   b. współdziałanie z personelem użytkującym sprzęt i aparaturę medyczną.
3. W zakresie organizacji szkoleń:
   a. współpraca z kierownikami oddziałów i innych komórek organizacyjnych w zakresie bezpiecznego i właściwego użytkowania zasobów,
4. W zakresie prowadzenia bieżącego nadzoru nad eksploatacją sprzętu i aparatury medycznej:
   a. wprowadzenie i nadzór nad prawidłowością dokumentacji eksploatacyjnej, ewidencją serwisu, napraw, remontów i modernizacji,
   b. inicjowanie, organizacja i nadzór nad przeglądami technicznymi, naprawami i modernizacjami w ramach usług gwarancyjnych i pogwarancyjnych,
   c. pozyskiwanie alternatywnych wykonawców napraw, posiadających wymagane kwalifikacje (uprawnienia)
      do wykonywanych prac serwisowych w ramach serwisu pogwarancyjnego,
   d. udział w komisyjnym przekazywaniu sprzętu i aparatury medycznej w użytkowanie po zakończonych pracach instalacyjnych,
   e. udział w komisyjnym przekazywaniu sprzętu i aparatury medycznej w użytkowanie po zakończonych naprawach,
   f. opiniowanie, przygotowanie i nadzór nad umowami dotyczącymi przeglądów i serwisu,
   g. prowadzenie archiwum dokumentacji techniczno-ruchowej (dokumentacji technicznej, instrukcji obsługi, instrukcji konserwacji),
   h. podejmowanie działań związanych z usuwaniem awarii sprzętu i aparatury,
   i. współpraca z Sekcją ds. Inwestycji i Eksploatacji w sprawach związanych z urządzeniami poddozorowymi,
   j. inicjacja i nadzór nad realizacją procesu reklamacji dotyczących wykonywanych lub wykonanych zleceń lub umów dla okresów gwarancyjnych jak i pogwarancyjnych,
   k. zlecanie, nadzorowanie lub prowadzenie prac z zakresu modernizacji lub zmian technologii,
   l. gospodarka częściami i materiałami wymiennymi, eksploatacyjnymi,
   m. współpraca z Działem Administracji celem gospodarki częściami i materiałami wymiennymi lub zużywalnymi w aparacie/sprzęcie będącym prawnie własnością SUM w Katowicach,
   n. dokonywanie oceny technicznej sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonej do kasacji,
   o. dokonywanie oceny technicznej sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonej do przyjęcia na stan środków trwałych Szpitala,
   p. naprawa drobnego sprzętu medycznego, aparatury medycznej i urządzeń medycznych.
5. W zakresie zakupów sprzętu i aparatury medycznej:
   a. zbieranie wniosków na zakupy z komórek organizacyjnych, ich opracowanie i opiniowanie,
   b. sporządzanie okresowych projektów planów zakupów,
   c. okresowy przegląd realizacji planu zakupowego (raz do roku) w porozumieniu z kierownikami komórek organizacyjnych,
   d. przygotowywanie specyfikacji sprzętu i aparatury medycznej związanych z zakupem w zakresie koniecznym do wszczęcia postepowania o zamówienie publiczne,
   e. udział w pracach komisji przetargowych,
   f. nadzór nad realizacją zawartych kontraktów na dostawy
   g. udział w przygotowaniu wymaganych robót adaptacyjnych odpowiadających przeznaczeniu urządzenia lub aparatury medycznej w związku z dostawą lub przeniesieniem aparatury.

Sekcja ds. Inwestycji i Eksploatacji, do zadań której należy w szczególności:

1. Prowadzenie eksploatacji, konserwacji i napraw instalacji oraz urządzeń energetycznych zgodnie z przepisami Prawa Energetycznego, szczegółowymi przepisami o eksploatacji poszczególnych urządzeń energetycznych, Polskimi Normami i obowiązującymi instrukcjami oraz nadzór nad oszczędną i racjonalną gospodarką mediami, zużywaniem paliw i energii.
2. Zarzadzanie racjonalną gospodarką urządzeniami i zasobami wszystkich sieci eksploatowanych i konserwowanych przez Dział Infrastruktury.
3. Zapewnienie prawidłowej i bezawaryjnej eksploatacji pod kątem utrzymania w pełnej ciągłości pracy i sprawności technicznej oraz bieżącej konserwacji i napraw wynikających z obsługi następujących instalacji i urządzeń: elektro-energetycznych, gazów medycznych, wodociągowo -sanitarnych, sieci i węzłów ciepłowniczych; sieci i systemów instalacji wentylacji i klimatyzacji, systemów sygnalizacji pożaru, telefonicznych, kontrolno-pomiarowych, piorunochronnych, uziemiających, mechanizmów i urządzeń podlegających UDT, eksploatacji obiektów budowlanych z uwzględnieniem wykonywania robót ślusarsko – hydraulicznych oraz murarsko stolarskich.
4. Sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją sieci, mechanizmów wymienionych w pkt 3.
5. Nadzór nad zaopatrzeniem komórek organizacyjnych w potrzebną ilość gazów medycznych, ewidencja dokumentacji butli z gazami oraz zbiorników z ciekłym tlenem i stacjonarnych instalacji gazów medycznych i sprężonego powietrza.
6. Współdziałanie z organami państwowego nadzoru i kontroli nad gospodarką paliwowo energetyczną w zakresie usprawniania i modernizacji gospodarki energetycznej oraz optymalnego wykorzystania paliw i energii, a także współdziałanie z instytucjami i podmiotami gospodarczymi dostarczającymi paliwa i media: olej opałowy, energie elektryczną, gazy medyczne, ciepło, wodę oraz odbierającymi ścieki.
7. Przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa energetycznego, budowlanego, ustawy prawo zamówień publicznych oraz przepisów BHP i P.POŻ. oraz innych przepisów branżowych i resortowych.
8. Konserwacja instalacji maszyn i urządzeń, w celu utrzymania ich w stanie poprawnej sprawności techniczno - eksploatacyjnej oraz nadzór nad wykonywaniem tych zadań.
9. Uczestniczenie w procesie przygotowania inwestycji i modernizacji w zakresie sieci i instalacji wymienionych w pkt. 3 i pkt. 5, będących w eksploatacji Działu Infrastruktury i nadzorowanie wykonawstwa usług, napraw i remontów, konserwacji, serwisu i pomiarów wykonywanych przez firmy zewnętrzne.
10. Udział w rozruchu nowych urządzeń energetycznych przed przejęciem ich do eksploatacji.
11. Uczestniczenie w odbiorze końcowym robót inwestycyjno-remontowych i modernizacyjnych wraz z przejęciem w eksploatację przekazywanych urządzeń i instalacji będących w zakresie zadań Działu Infrastruktury.
12. Prowadzenie dokumentacji technicznej realizowanych w GCZD zadań inwestycyjno – remontowych i modernizacyjnych, jak również maszyn, urządzeń instalacji i sieci energetycznych przyporządkowanych i przekazywanych do Działu Infrastruktury.
13. Nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem środków rzeczowych i finansowych.
14. Organizowanie i przeprowadzanie okresowych przeglądów i inspekcji instalacji oraz sprzętu, w celu zapewnienia ich właściwego funkcjonowania.
15. Przestrzeganie terminów konserwacji maszyn i urządzeń technicznych w tym dźwigów towarowo-osobowych, sprężarek i zbiorników sprężonego powietrza, pomp próżni, agregatów prądotwórczych, agregatów wody lodowej zgodnie z instrukcjami i wymogami eksploatacyjnymi.
16. Zgłaszanie zapotrzebowania na zakup i dostawę materiałów niezbędnych do realizacji bieżących napraw i konserwacji realizowanych przez Dział Infrastruktury.
17. Nadzór nad terminową realizacją i wykonaniem zleceń otrzymanych z poszczególnych komórek organizacyjnych GCZD w zakresie działań Dział Infrastruktury.
18. Prowadzenie, na potrzeby sprawozdawcze Z-cy Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa oraz Działu Finansowo-Księgowego, rozliczeń i zestawień wykonanych zleceń.
19. Opracowywanie pod względem merytorycznym faktur będących wynikiem prowadzonej przez Dział Infrastruktury działalności i bieżąca analiza wykorzystania środków przeznaczonych na media, eksploatacje, remonty i modernizacje, naprawy i konserwacje oraz zakupy i dostawy oraz inne inwestycje.
20. Prowadzenie sprawozdawczości w zakresie działalności Działu Infrastruktury.
21. Wnioskowanie w sprawach przyznawania środków finansowych, w tym dotacji niezbędnych dla realizacji zadań.

VI. DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY

Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy w szczególności:

a. obsługa programu komputerowego finansowo – księgowo – kosztowego,
b. sporządzanie rocznych, kwartalnych i miesięcznych sprawozdań finansowych,
c. rozliczenie staży, rezydentur, dotacji przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia i inne podmioty,
d. prowadzenie na bieżąco wszystkich dokumentów księgowych,
e. sprawdzanie wszystkich faktur pod względem formalnym i rachunkowym,
f. dbałość, aby wszystkie faktury były sprawdzone pod względem merytorycznym przez odpowiedzialnych pracowników,
g. ewidencjonowanie wszystkich danych pomocniczych i danych statystycznych, koniecznych do podziału kosztów na poszczególne ośrodki zadaniowe i usługowe,
h. sporządzanie kwartalnych i rocznych sprawozdań dotyczących rachunków kosztów,
i. dekretowanie dowodów księgowych zgodnie z obowiązującym zakładowym planem kont,
j. prowadzenie księgowości syntetycznej kont bilansowych zawartych w planie kont,
k. prowadzenie księgowości analitycznej kont rozrachunkowych oraz kont funduszu socjalnego,
l. prowadzenie analityczne kosztów wg rodzajów,
m. wystawianie faktury VAT za wykonane usługi medyczne i pozostałą sprzedaż,
n. wprowadzanie na bieżąco dokumentów księgowych oraz miesięczne uzgadnianie z księgowością syntetyczną,
o. sporządzanie miesięcznych rozchodów leków z apteki na poszczególne oddziały szpitalne,
p. prowadzenie rejestru sprzedaży i zakupu VAT,
q. sporządzanie sprawozdania GUS z zatrudnienia i funduszu płac w porozumieniu z Działem ds. Pracowniczych i Socjalnych,
r. obliczanie wynagrodzeń dla pracowników w oparciu o angaże i inne dokumenty płacowe przekazane przez Dział ds. Pracowniczych i Socjalnych,
s. obliczanie zasiłków chorobowych płatnych z funduszu zakładu, a także wszystkich innych płatnych z ubezpieczenia społecznego,
t. prowadzenie kart wynagrodzeń oraz pełnej dokumentacji zasiłkowej dla pracowników,
u. przechowywanie list płac i innej dokumentacji płacowej przez okres wymagany przepisami,
v. wydawanie zaświadczeń o wysokości zarobków na żądanie pracownika oraz uprawnionych podmiotów,
w. dokonywanie poboru miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy i sporządzanie rozliczeń z Urzędem Skarbowym w przewidzianych ustawą terminach,
x. sporządzanie informacji o rocznych dochodach pracowników,
y. prowadzenie spraw ubezpieczeniowych dla pracowników, którym potrącana jest składka,
z. przyjmowanie wszystkich wpłat pochodzących z wpływów za usługi oraz odprowadzanie na rachunek bankowy,
aa. dokonywanie wypłat należności zatwierdzonych do zapłaty rachunków, podlegających wypłacie z pogotowia kasowego, jak również rachunków, na które pobierana jest gotówka,
bb. prowadzenie książki druków ścisłego zarachowania,
cc. ujmowanie w księgach rachunkowych odpisów amortyzacyjnych wynikających z ewidencji prowadzonej przez Dział Administracji,
dd. prowadzenie, organizowanie i koordynowanie całości spraw związanych z inwentaryzacją,
ee. przygotowanie projektu zarządzenia w sprawie inwentaryzacji oraz innych dokumentów i druków niezbędnych w pracach inwentaryzacyjnych,
ff. sprawdzanie dokumentacji inwentaryzacyjnej pod względem formalno – rachunkowym,
gg. prowadzenie ewidencji księgowej środków trwałych,
hh. przygotowywanie raz w roku, najpóźniej do końca lipca sprawozdania dotyczącego działalności Szpitala, które w formie pisemnej przekazywane jest radzie pracowników.

Do zadań Kasy, która podlega bezpośrednio pod Dział Finansowo-Księgowy należy w szczególności:

a. prowadzenie obrotu gotówkowego Szpitala,
b. przechowywanie oraz zgodne z przepisami zabezpieczenie środków pieniężnych będących w dyspozycji Szpitala,

c. zapewnienie zgodnego z przepisami oraz wewnętrznymi regulacjami obrotu gotówkowego poprzez przyjmowanie wpłat oraz dokonywanie wypłat, w tym w celu zasilenia rachunku bankowego Szpitala,
d. ewidencja wpłat w związku ze sprzedażą rejestrowaną za pomocą urządzeń fiskalnych,
e. sporządzanie raportów kasowych,
f. prowadzenie rejestrów określonych w Instrukcji kasowej,
g. przechowywanie weksli własnych i obcych oraz gwarancji bankowych i ubezpieczeniowych.

VII. DZIAŁ ROZLICZEŃ I ANALIZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOITNYCH

Do zadań Działu Rozliczeń i Analiz Świadczeń Zdrowotnych należy:
a. przygotowywanie ofert oraz uczestnictwo w procesie zawierania umów sprzedaży na świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia,
b. bieżący nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Szpital,
c. bieżące monitorowanie i analizowanie wykonania umów zawartych z NFZ w uzgodnieniu z komórkami organizacyjnymi działalności podstawowej Szpitala,
d. ocena i sporządzanie analiz dot. wykonania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Szpital,
e. przekazywanie komórkom organizacyjnym Szpitala informacji dotyczących zasad realizacji świadczeń zdrowotnych wynikających z zawartych umów,
f. kontrola realizacji zadań zawartych w umowach na świadczenia zdrowotne realizowane przez Szpital,
g. koordynowanie czynności związanych z przygotowywaniem ofert na realizację programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
h. prowadzenie rejestru umów na świadczenia zdrowotne zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia,
i. przekazywanie informacji o zawartych umowach na świadczenia zdrowotne odpowiednim komórkom organizacyjnym Szpitala,
j. rozliczanie świadczeń zdrowotnych z NFZ,
k. koordynowanie realizacji zaleceń pokontrolnych zleconych przez podmioty zewnętrzne, przeprowadzające postępowania kontrolne w zakresie świadczeń zdrowotnych realizowanych w Szpitalu,
l. formułowanie propozycji związanych z zakresem i strukturą świadczeń zdrowotnych oraz wszelkich zmian z nimi związanych,
m. prowadzenie bieżącej korespondencji Szpitala w w/w zakresach,
n. wykonywanie innych czynności zlecanych przez Dyrektora Szpitala, związanych z zakresem zadań Działu,
o. bieżąca sprawozdawczość w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu dla:
   - Narodowego Funduszu Zdrowia,
   - Dyrekcji Szpitala,
   - komórek organizacyjnych Szpitala,
   - innych uprawnionych podmiotów.
p. rejestrowanie ruchu chorych w Szpitalu,
q. analiza ruchu chorych i wskaźników statystyki medycznej.

VIII. DZIAŁ DS. PRACOWNICZYCH I SOCJALNYCH

Do zadań Działu ds. Pracowniczych i Socjalnych należy w szczególności:
a. Rekrutacja pracowników we współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych celem zapewnienia niezbędnej i optymalnej obsady stanowisk.
b. Organizowanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz we współpracy z komisją konkursową.
c. Sporządzanie umów o pracę.
d. Sporządzanie porozumień i aneksów związanych ze zmianą warunków zatrudnienia.
e. Zgłaszanie pracowników do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego.
f. Prowadzenie dokumentacji pracowniczej zgodnie z obowiązującymi przepisami i wewnętrznymi standardami Szpitala, w tym gromadzenie niezbędnej dokumentacji.
g. Wydawanie skierowań na badania lekarskie oraz nadzór nad terminowym ich wykonywaniem.
h. Ewidencjonowanie i rozliczanie czasu pracy pracowników.
i. Sporządzanie zleceń wypłaty wynagrodzeń oraz przekazywanie ich do Działu Finansowo-Księgowego.
j. Nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem planów urlopów wypoczynkowych.

k. Sporządzanie i wydawanie zaświadczeń związanych z zatrudnieniem.
l. Sporządzanie dokumentów związanych z ustaniem zatrudnienia, przeprowadzanie konsultacji z organizacjami związkowymi, wydawanie świadectw pracy, przygotowywanie i przekazywanie do Działu Finansowo-Księgowego zleceń wypłat ewentualnych urlopów wypoczynkowych, odpraw emertytalno-rentowych, nagród jubileuszowych.
m. Sporządzanie umów cywilno-prawnych oraz prowadzenie dokumentacji dla niepracowniczych form zatrudnienia i weryfikacja merytoryczna rachunków wystawianych na podstawie tych umów.
n. Zawieranie umów na realizację lekarskich staży podyplomowych, szkoleń specjalizacyjnych i staży kierunkowych.
o. Nadawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych pracownikom zatrudnionym na podstawie umów cywilno-prawnych i staży kierunkowych oraz ich ewidencjonowanie.
p. Koordynowanie praktyk studenckich, w tym przyjmowanie skierowań na praktykę, wniosków i potwierdzanie terminów praktyk, gromadzenie niezbędnych dokumentów i oświadczeń.
q. Realizacja obowiązków sprawozdawczych Szpitala w zakresie zatrudnienia względem podmiotów zewnętrznych, przede wszystkim Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.
r. Obsługa zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych we współpracy z Komisją Socjalną.
s. Monitorowanie prawidłowego wykorzystania czasu pracy oraz przestrzegania porządku i dyscypliny pracy we współpracy z Dyrektorem oraz kierownikami komórek organizacyjnych.
t. Opracowywanie projektów Regulaminu pracy, Regulaminu wynagradzania, Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, a także procedur wewnętrznych dotyczących zatrudnienia oraz ich aktualizacji.
u. Opracowywanie wewnętrznych sprawozdań, raportów, zestawień i analiz dotyczących zatrudnienia.
v. Zarządzanie systemem oceny okresowej pracowników.
w. Prognozowanie i planowanie potrzeb kadrowych Szpitala.
x. Przygotowywania i wydawania dokumentów do wniosków emerytalnych lub rentowych pracowników.
y. Prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem, kształceniem i doskonaleniem zawodowym pracowników.
z. Obsługa PUE ZUS czyli Platformy Usług Elektronicznych ZUS.

IX. DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy:
a. przyjmowanie od komórek organizacyjnych zainteresowanych udzieleniem zamówienia publicznego kompletnych, wypełnionych i zaakceptowanych „wniosków o uruchomienie postępowania" wraz z opisem przedmiotu zamówienia, zgodnym z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych (dalej: Pzp) oraz pozostałymi załącznikami,
b. wystąpienie do Kierownika Zamawiającego lub upoważnionego pracownika, któremu Kierownik Zamawiającego powierzył wykonanie zastrzeżonych dla siebie czynności z wnioskiem o powołanie Komisji do przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,
c. organizowanie obsługi technicznej i metodycznej posiedzeń komisji przetargowej,
d. sporządzenie Specyfikacji Warunków Zamówienia w oparciu o zatwierdzony protokół z przygotowania postępowania oraz dane merytoryczne przekazane przez komórkę organizacyjną zainteresowaną udzieleniem zamówienia publicznego,
e. sporządzenie zaproszeń do udziału w postępowaniach, zaproszeń do składania ofert, zaproszeń do negocjacji,
f. sporządzanie i zamieszczanie ogłoszeń o zamówieniu publicznym zgodnie z wymogami ustawowymi;
g. sporządzanie dokumentacji w postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych zgodnie z ustawą Pzp, w tym: wyjaśnień treści Specyfikacji Warunków Zamówienia, protokołów z postępowań;
h. sporządzanie i przekazywanie zawiadomienia o wyborze oferty wykonawcom, zamieszczanie informacji o wyborze najkorzystniejszej oferty lub o unieważnieniu postępowania na stronie internetowej prowadzonego postępowania;
i. archiwizowanie dokumentacji dotyczącej udzielania zamówień publicznych i/lub konkursów zgodnie z przepisami określonymi w ustawie Pzp;
j. opiniowanie wniosków dotyczących zamówień publicznych i/lub konkursów, których wartość nie przekracza kwoty 130 000 zł netto;
k. sporządzanie rocznych planów zamówień publicznych w oparciu o zatwierdzony plan finansowy;

l. sporządzanie rocznych sprawozdań z postępowań o udzielenie zamówień publicznych;
m. prowadzenie rejestrów: korespondencji, wniosków, umów.

X. DZIAŁ ORGANIZACYJNY

Do zadań Działu Organizacyjnego należy:
a. przygotowywanie projektów zarządzeń na wniosek,
b. współpraca z kancelarią prawną prowadzącą obsługę prawną Szpitala na podstawie zawartej umowy, o ile zostanie zawarta,
c. przygotowywanie dokumentów niezbędnych do występowania przed sądami w sprawach dotyczących Szpitala, a znajdujących się w Dziale Organizacyjnym,
d. prowadzenie rejestru zarządzeń,
e. prowadzenie centralnego rejestru umów,
f. prowadzenie rejestru pełnomocnictw udzielanych przez Dyrektora Szpitala,
g. koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem posiedzeń Rady Społecznej,
h. aktualizacja dokumentów rejestrowych Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
i. zgłaszanie organom ścigania przypadków wskazujących na popełnienie czynów niedozwolonych wobec pacjentów Szpitala we współpracy z radcą prawnym,
j. prowadzenie działalności związanej z udostępnieniem dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala,
k. rozpatrywanie skarg i wniosków we współpracy z radcą prawnym,
l. aktualizacja informacji dotyczących Szpitala w Biuletynie Informacji Publicznej,
m. opracowywanie dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych,
n. nadzór nad przestrzeganiem zasad zabezpieczeń technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych,
o. zapewnienie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych,
p. prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych.

Dział Organizacyjny realizuje również zadania w zakresie:
a. obsługa sekretariatu Dyrektora Szpitala,
b. obsługa kancelaryjna, w tym:
   - przyjmowanie korespondencji zewnętrznej, wewnętrznej i faksów oraz prowadzenie odpowiednich rejestrów,
   - realizacja obiegu poczty zewnętrznej i wewnętrznej,
   - wysyłanie korespondencji zewnętrznej,
   - obsługa ePUAP czyli Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej.

XI. AUDYTOR WEWNĘTRZNY

Do zadań Audytora Wewnętrznego należy w szczególności:
a. przygotowywanie rocznego planu audytu wewnętrznego,
b. opracowanie programu zadania audytowego,
c. prowadzenie czynności audytowych w komórkach organizacyjnych Szpitala,
b. sporządzanie sprawozdań z przeprowadzania audytu wewnętrznego,
c. prowadzenie bieżących oraz stałych akt audytu wewnętrznego,
d. badanie wiarygodności sprawozdania finansowego oraz sprawozdania z wykonania budżetu,
e. ocena adekwatności, efektywności i skuteczności systemów kontroli w Szpitalu,
f. ocena przestrzegania zasady celowości i oszczędności w dokonywaniu wydatków w Szpitalu.

XII. GŁÓWNY KSIĘGOWY

Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
a. organizowanie ewidencji księgowej, ustalanie zasad obiegu dokumentów i przestrzeganie przyjętych zasad rachunkowości,
b. prowadzenie, na podstawie dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych, ujmujących zapisy zdarzeń w porządku chronologicznym rachunkowych systematycznym,
c. okresowe ustalanie lub sprawdzenie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,

d. wycena aktywów i pasywów oraz ustalenie wyniku finansowego,
e. przygotowanie i przekładanie Dyrektorowi Szpitala projektu planów finansowych oraz jego korekt celem zatwierdzenia,
f. przygotowanie projektu planu inwestycyjnego oraz jego korekt na podstawie danych opracowanych przez Zastępcę Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa, Kierownika Działu Infrastruktury i Kierownika Działu Administracji,
g. sporządzenie sprawozdań finansowych,
h. gromadzenie i przechowywanie dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji przewidzianej obowiązującymi przepisami,
i. poddanie badaniu i ogłoszenie sprawozdań finansowych w przypadkach przewidzianych ustawą,
j. terminowe sporządzanie deklaracji podatkowych, rozliczeń z ZUS oraz sprawozdań statystycznych,
k. wystawianie not obciążeniowych w stosunku do osób odpowiedzialnych za powierzone mienie,
l. opiniowanie, od strony księgowej i finansowej, umów kontraktów i porozumień,
m. kierowanie pracą podległych pracowników,
n. przygotowanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez kierownika komórki organizacyjnej, dotyczących prowadzenia rachunkowości,
o. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
p. przekazywanie raz w roku, najpóźniej do końca lipca, za pośrednictwem Dyrektora Szpitala sprawozdania dotyczącego działalności Szpitala radzie pracowników,
q. nadzór i podpisywanie korespondencji zewnętrznej Szpitala w zakresie nadzorowanych komórek organizacyjnych zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami,
r. zastępowanie Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych w czasie jego nieobecności w obszarze ekonomicznym, w tym, w szczególności zatwierdzania do zapłaty faktur wpływających do Szpitala, zatwierdzanie listy płac, podpisywania ugód finansowych z dostawcami i zatwierdzania płatności Szpitala,
s. zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami.

Głównemu Księgowemu bezpośrednio podlega Dział Finansowo-Księgowy.

XIII. PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. ochrony informacji niejawnych należy:
a. organizowanie i nadzór ochrony informacji niejawnych,
b. udostępnianie informacji niejawnych,
c. przeprowadzanie postępowań sprawdzających, w celu ustalenia, czy osoba nim objęta daje rękojmię zachowania tajemnicy,
d. szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych dla osób wyznaczonych,
e. nadawanie właściwych klauzul tajności,
f. organizacja kontroli przestrzegania zasad ochrony informacji niejawnych,
g. organizacja i stosowanie środków fizycznej ochrony informacji niejawnych,
h. ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentów – informacji niejawnych.

XIV. SEKCJA DS. BHP

Do zadań Sekcji ds. BHP należy w szczególności:
a. przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy,
b. szkolenie wstępne bhp w zakresie instruktażu ogólnego,
c. uczestniczenie w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy,
d. udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz prowadzenie dokumentacji w tym zakresie,
e. doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe oraz doboru właściwych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
f. prowadzenie rejestrów związanych z występowaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, nadzór nad terminowym przeprowadzeniem pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy,
g. organizowanie szkoleń okresowych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,

h. współpraca z GUS, PIP, SANEPID, oraz ośrodkami szkoleniowymi w sprawach dotyczących bhp,
i. sprawozdawczość ze stanu bhp,
j. nadzór nad całokształtem bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu.

XV. STANOWISKO DS. P. POŻ.

Do zadań Stanowiska ds. P. POŻ. należy, w szczególności:
a. kontrola stanu bezpieczeństwa pożarowego,
b. szkolenia przeciwpożarowe,
c. opracowywanie instrukcji przeciwpożarowych,
d. nadzór nad sprawnością sprzętu przeciwpożarowego,
e. sprawozdawczość ze stanu przeciwpożarowego.

XVI. INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy, w szczególności:
a. wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w komórce organizacyjnej wykonującej działalność wymagającą zezwolenia,
b. wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych.

XVII. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

a. informowanie Administratora danych osobowych oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy przepisów o ochronie danych osobowych i doradzanie im w tej sprawie,
b. monitorowanie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych oraz polityk Administratora danych osobowych, w tym podziału obowiązków,
c. podejmowanie działań zwiększających świadomość w zakresie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych,
d. przeprowadzanie audytów w zakresie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych,
e. udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie ich wykonania,
f. współpraca z organem nadzorczym (Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych) i pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych),
g. szkolenie personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania,
h. udzielanie wyjaśnień i sporządzanie opinii dla potrzeb Dyrektora Szpitala w zakresie danych osobowych.

XVIII. KAPELAN SZPITALNY

Kapelan Szpitalny zapewnia obsługę duszpasterską, a zakres jego obowiązków określa Kuria Biskupia.

XIX. DZIAŁ ORGANIZACJI I OBSŁUGI PORADNI SPECJALISTYCZNYCH PRZYSZPITALNYCH I AMBULATORYJNYCH z Archiwum.

1. Do zadań Działu Organizacji i Obsługi Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych i Ambulatoryjnych należy w szczególności:
   - **w zakresie obsługi:**
     a. przyjmowanie i rejestrowanie zgłoszeń pacjentów (osobiście, telefonicznie, elektronicznie) oraz ustalanie terminów wizyt u lekarzy specjalistów, zgodnie z obowiązującymi zasadami,
     b. informowanie pacjentów o terminach wizyt, wymaganych dokumentach, zasadach przyjęcia do poradni oraz świadczonych usługach,
     c. weryfikacja danych i uprawnień pacjenta,
     d. zakładanie i prowadzenie kartotek pacjenta,
     e. gromadzenie, segregowanie, przechowywanie i archiwizacja bieżącej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
     f. przekazywanie informacji między pacjentami a personelem medycznym,

g. prowadzenie bieżącej korespondencji przez sekretariat poradni.

- **w zakresie organizacji:**
  a. bezpośrednia współpraca z Dyrektorem ds. Lecznictwa, Pielęgniarką Oddziałową, Kierownikami Oddziałów w zakresie prawidłowej obsługi pacjenta, nadzoru nad organizacją pracy lekarzy oraz personelu pomocniczego, nadzorowania obowiązków, kontroli jakości świadczonych usług oraz realizacji świadczeń.
- **w zakresie rozliczania świadczeń:**
  a. bieżące monitorowanie i analizowanie świadczeń zdrowotnych wykonanych w poradniach,
  b. wyjaśnianie i korygowanie świadczeń zakwestionowanych przez płatników,
  c. nadzorowanie prawidłowego rozliczenia z NFZ,
  d. sporządzanie wniosków do NFZ dotyczących indywidualnego rozliczania świadczeń zdrowotnych,
  e. koordynowanie czynności związanych ze sprawozdawczością prowadzonych w poradniach list oczekujących na świadczenia zdrowotne.
- **w zakresie prowadzenia Archiwum:**
  a. przyjmowanie, przechowywanie i zabezpieczanie dokumentacji przekazanej przez komórki organizacyjne zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  b. wydawanie osobie uprawnionej dokumentacji przechowywanej w Archiwum,
  c. prowadzenie ewidencji wszystkich przechowywanych akt,
  d. brakowanie dokumentacji niearchiwalnej oraz przygotowywanie materiałów archiwalnych do przekazania do archiwum państwowego,
  e. współpraca z komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia prawidłowego przygotowania dokumentacji do archiwizacji.

XX. SEKCJA DS. ANALIZY I KONTOLI DOKUMENATCJI MEDYCZNEJ ORAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Do zadań Sekcji ds. analizy i kontroli dokumentacji medycznej oraz świadczeń zdrowotnych, należy:

a. analiza i ocena zgodności danych zawartych w dokumentacji medycznej, w tym procedur medycznych wskazanych w *tzw. karcie procedur,* sprawozdawanych do Narodowego Funduszu Zdrowia i współpraca w tym zakresie z osobami kierującymi komórkami organizacyjnymi rozliczającymi świadczenia zdrowotne oraz z Działem Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych oraz współpracy z NFZ,
b. analiza i ocena możliwości oraz prawidłowości rozliczania z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń zdrowotnych i współpraca w tym zakresie z osobami kierującymi komórkami organizacyjnymi rozliczającymi świadczenia zdrowotne oraz z Działem Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych oraz współpracy z NFZ,
c. kontrola danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zabezpieczenia, obiegu, przechowywania,
d. nadzór nad prawidłowością sprawozdawania do narodowego Funduszu Zdrowia innych niezbędnych danych medycznych związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi,
e. współpraca z *Zespołem ds. dokumentacji medycznej* i właściwymi komórkami organizacyjnymi działalności podstawowej Szpitala przy opracowywaniu wzorów druków dokumentacji medycznej,
f. współpraca z *Zespołem ds. dokumentacji medycznej* przy modyfikowaniu formularzy dokumentacji medycznej w zależności od potrzeb,
g. prowadzenie systematycznej kontroli dokumentacji medycznej w poszczególnych oddziałach szpitalnych, poradniach i pracowniach w zakresie oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem medycznym we współpracy z *Zespołem ds. dokumentacji medycznej,*
h. dokumentowanie przeprowadzonych wyżej wymienionych analiz, ocen i kontroli.

XXI. KOORDYNATOR CENTRUM URAZOWEGO DLA DZIECI

Do zadań Koordynatora Centrum Urazowego Dla Dzieci, podlegającego bezpośrednio **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,** należy w szczególności:

a. organizowanie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom urazowym kwalifikowanym do Centrum Urazowego Dla Dzieci zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci,

b. opracowywanie w porozumieniu z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych, procedur postępowania z pacjentem urazowym kwalifikowanym do Centrum Urazowego Dla Dzieci,
c. dokonywanie przeglądów i oceny procedur postępowania z pacjentem urazowym kwalifikowanym do Centrum Urazowego Dla Dzieci oraz ich bieżąca aktualizacja,
d. nadzorowanie przestrzegania procedur postępowania z pacjentem urazowym kwalifikowanym do Centrum Urazowego Dla Dzieci oraz analizowanie przyczyn ewentualnych naruszeń procedur i zgłaszanie wniosków w tym zakresie kierownikom właściwych komórek organizacyjnych oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
e. ustalanie, przygotowywanie i przedstawianie do zatwierdzenia Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa grafiku pracy Zespołu Urazowego oraz personelu współpracującego,
f. nadzorowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez Zespół Urazowy i personel współpracujący,
g. monitorowanie i analizowanie w porozumieniu z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych, udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom urazowym kwalifikowanym do Centrum Urazowego Dla Dzieci w komórkach organizacyjnych działalności podstawowej Szpitala,
h. określenie w oparciu o powyższe analizy rozwiązań mających poprawić jakość świadczeń medycznych udzielanych pacjentom urazowym kwalifikowanym do Centrum Urazowego D6la Dzieci,
i. analizowanie w porozumieniu z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych Szpitala, kosztów leczenia pacjentów urazowych kwalifikowanych do Centrum Urazowego Dla Dzieci i zgłaszanie wniosków z zakresie optymalizacji tych kosztów,
j. systematyczne ocenianie kwalifikacji członków Zespołu Urazowego i personelu współpracującego oraz określanie potrzeb w zakresie szkolenia tych osób,
k. kierowanie do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wniosków w sprawie skierowania członków Zespołu Urazowego oraz personelu współpracującego na szkolenia zewnętrzne,
l. reprezentowanie Szpitala na konferencjach i zebraniach poświęconych działalności Centrów Urazowych Dla Dzieci organizowanych przez administrację rządową i samorządową, samorząd lekarski, uczelnie wyższe i towarzystw naukowe,
m. przedstawienie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, raz na pół roku, raportu na temat działalności Centrum Urazowego Dla Dzieci.

XXII. KOORDYNATOR ODCINKA LECZENIA KRÓTKOTERMINOWEGO

Do zadań **Koordynatora Odcinka Leczenia Krótkoterminowego**, podlegającego bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce należy w szczególności:
w zakresie organizacji świadczeń medycznych:
a. koordynować, planować i odpowiednio modyfikować harmonogram zabiegów i przyjęć planowych w celu optymalnego wykorzystywania sal operacyjnych,
b. czuwać nad prawidłową komunikacją pomiędzy oddziałami macierzystymi, blokiem operacyjnym i personelem,
c. zapewnić właściwy przepływ informacji o pacjencie między wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego,
d. organizować i odpowiadać za zabezpieczenie kompleksowych świadczeń pielęgniarskich na podległym odcinku,
e. systematycznie prowadzić analizę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską,
f. organizować pracę pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgnacyjnego stosownie do stanu zdrowia pacjenta, ustalonego planu leczenia, kwalifikacji personelu oraz wyposażenia odcinka,
g. monitorować, oceniać i analizować jakość procesu pielęgnowania,
h. przeprowadzać okresową ocenę podległego personelu zgodnie z obowiązującymi standardami (1 x rok). W przypadku personelu nowoprzyjętego na koniec okresu adaptacyjnego, pierwsza ocena nie później niż po 30 dniach pracy, kolejne co 3 miesiące do końca pierwszego roku pracy oraz prowadzenie związanych z powyższym arkuszy oceny pracownika,
i. uczestniczyć w tworzeniu programu opieki, poszukiwać i proponować nowe rozwiązania na rzecz usprawniania pracy odcinka oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń,
j. stwarzać warunki do prawidłowej adaptacji pacjentów odcinka,
k. dbać o prawidłowe i terminowe wykonanie zabiegów diagnostycznych, leczniczo–rehabilitacyjnych

i pielęgnacyjnych,
l. organizować i wpływać na prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do chorych i ich rodzin/opiekunów,
m. analizować poziom satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich,
n. zapewnić właściwy przepływ informacji o pacjencie między wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego.

w zakresie nadzoru:
a. prowadzić nadzór nad jakością wykonywanych świadczeń zdrowotnych i koordynować pracą podległego zespołu.
b. prowadzić nadzór nad gospodarką lekami, sprzętem, materiałami opatrunkowymi:
   – prowadzić apteczkę odcinka, dbać o prawidłowe przechowywanie leków oraz kontrolować terminy ważności,
   – uzupełniać braki w lekach, sprzęcie oraz materiałach opatrunkowych wynikające z codziennego zużycia w obrębie odcinka,
   – podejmować działania zmierzające do racjonalnego i efektywnego gospodarowania lekami, sprzętem, materiałami opatrunkowymi,
c. dbać o zabezpieczenie powierzonego mienia w odcinku,
d. zapoznawać się na bieżąco z dokumentami dotyczącymi działalności odcinka w tym danymi statystycznymi i ekonomicznymi.

XXIII. <u>INSPEKTOR DS. OBRONNCH I REZERW</u> podlegający bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala, do zadań którego należy w szczególności:

a. działalność planistyczna i organizacyjna w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej oraz bezpieczeństwa,
b. działalność szkoleniowa i upowszechniająca w zakresie problematyki obronnej i obrony cywilnej oraz bezpieczeństwa,
c. przygotowanie personelu Szpitala do uczestnictwa w powszechnej samoobronie,
d. współpraca z jednostkami nadrzędnymi i zakładami pracy w celu stwarzania warunków do koordynacji działań w okolicznościach noszących znamiona kryzysu oraz związanych z bezpieczeństwem,
e. gromadzenie i przechowywanie indywidualnych środków ochrony oraz sprzętu dla formacji obrony cywilnej i pozostałej załogi,
f. sprawowanie nadzoru i stwarzanie warunków do wczesnego ostrzegania i alarmowania w rejonie Szpitala,
g. współdziałanie w zwalczaniu klęsk żywiołowych i zagrożeń środowiska oraz usuwanie ich skutków,
h. planowanie przedsięwzięć w zakresie ochrony Szpitala przed skutkami działań zbrojnych,
i. planowanie i przygotowanie ukryć ochronnych Szpitala oraz utrzymywanie ich gotowości do użycia,
j. realizacja polityki bezpieczeństwa na terenie obiektu, opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych i ich zmian w zakresie związanym z polityką bezpieczeństwa,
k. organizacja, nadzór i koordynacja przygotowywania i realizacji przedsięwzięć, związanych z obronnością państwa poprzez realizację zadań obronnych w czasie pokoju, wyższych stanach gotowości obronnej państwa oraz wojny.

XXIV. <u>DZIAŁ TELEINFORMATYKI</u>

Do zadań Działu Teleinformatyki w szczególności należy:
a. Administrowanie urządzeniami i zasobami sieci komputerowych, teletechnicznych, monitoringu wizyjnego, systemu przywoławczego oraz kontroli dostępu GCZD.
b. Opracowywanie, wdrażanie i utrzymywanie Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.
c. Planowanie, koordynacja i nadzór działań związanych z administrowaniem siecią informatyczną GCZD w zakresie oprogramowania i szkolenia.
d. Nadzór eksploatacyjny nad systemami informatycznymi wykorzystywanymi w GCZD.
e. Przeprowadzanie lub organizacja szkoleń w zakresie użytkowania sprzętu komputerowego i oprogramowania.
f. Doradztwo techniczne w zakresie zamówień i zakupów sprzętu IT oraz oprogramowania, a także przygotowywanie materiałów niezbędnych do ich zakupu, zgodnie z wymaganiami ustawy pzp oraz wewnętrznymi procedurami.

g. Administrowanie i dbanie o bezpieczeństwo serwerów Szpitala, baz danych (w szczególności zapewnienie poufności, integralności i dostępności przetwarzanych informacji) oraz wykonywanie usług informatycznych (szkolenia) dla komórek organizacyjnych GCZD, zgodnie z aktualnym planem informatyzacji GCZD oraz istniejącymi możliwościami techniczno-organizacyjnymi.
h. Zabezpieczenie danych osobowych oraz innych informacji niejawnych w sieciach informatycznych.
i. Instalowanie nowego oprogramowania, prowadzenie dokumentacji i weryfikacji oprogramowania użytkowników wraz z archiwizacją certyfikatów licencyjnych.
j. Sprawowanie nadzoru nad prawidłowością eksploatacji sieci komputerowych, monitoringu wizyjnego i kontroli dostępu GCZD.
k. Wykonywanie napraw, przeglądów oraz konserwacji sprzętu komputerowego, teletechnicznego, monitoringu wizyjnego i kontroli dostępu GCZD.
l. Zlecanie napraw elektronicznego sprzętu biurowego (faksy, drukarki, kserokopiarki itp.).
m. Prowadzenie magazynu podzespołów komputerowych i teletechnicznych oraz związanej z nim dokumentacji przychodów i rozchodów.
n. Prowadzenie dokumentacji sieci i systemów teletechnicznych wraz z nadzorem nad ich rozbudową i modernizacją.
o. Prowadzenie pełnej sprawozdawczości elektronicznej dokumentacji prac realizowanych przez Dział Teleinformatyki.
p. Przechowywanie przez ustalony okres danych z monitoringu wizyjnego GCZD.

Sekcja ds. Informatyki, do zadań której w szczególności należy:
a. Administrowanie serwerami w zakresie obsługi systemowej (utrzymanie, definiowanie kont i dostępu, zapewnienie odpowiedniego do ryzyka poziomu bezpieczeństwa, aktualizacja oprogramowania, archiwizacja danych).
b. Administrowanie usługami www: internetowa i intranetowa w zakresie jak w pkt. a.
c. Zarządzenie portalem internetowym GCZD **https://gczd.katowice.pl/**, tworzenie systemu komunikacji wewnętrznej z wykorzystaniem intranetu **http://portal.szpital.local/** oraz Microsoft 365.
d. Administrowanie usługą DNS.
e. Administrowanie usługami pocztowymi i antywirusowymi w zakresie jak w pkt. a.
f. Administrowanie routerami, stacjami roboczymi w sieci informatycznej Szpitala oraz usługami bramki dostępowej do Internetu z zaporami i filtrami bezpieczeństwa.
g. Administrowanie aplikacjami własnymi Szpitala oraz innymi wykorzystywanymi na potrzeby Szpitala, zgodnie z posiadanymi certyfikatami licencyjnymi.
h. Opracowywanie, wdrażanie i utrzymywanie Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI).
i. Administrowanie bazami danych podlegających Sekcji ds. Informatyki.
j. Zabezpieczenie danych osobowych oraz innych informacji niejawnych w sieciach informatycznych Szpitala, zgodnie z posiadanymi możliwościami organizacyjno-technicznymi, informowanie Z-cy Dyrektora ds. Eksploatacyjnych i Cyberbezpieczeństwa o ewentualnych niedoskonałościach zabezpieczeń i konieczności działań zapobiegawczych.
k. Prowadzenie dokumentacji i weryfikacji oprogramowania zainstalowanego na serwerach szpitalnych wraz z archiwizacją certyfikatów licencyjnych.
l. Prowadzenie pełnej sprawozdawczości elektronicznej dokumentacji prac realizowanych przez Sekcję.

Sekcja ds. Teletechniki i Wsparcia Informatycznego, do zadań której w szczególności należy**:**
a. Administrowanie infrastrukturą kablową i bezprzewodową sieci komputerowej, monitoringu wizyjnego oraz systemów przywoławczych.
b. Administrowanie, planowanie i koordynacja działań związanych z zarzadzaniem siecią informatyczną Szpitala, w tym przełącznikami sieciowymi.
c. Administrowanie urządzeniami bezprzewodowego dostępu do sieci LAN.
d. Udział w projektowaniu, nadzór nad montażem i eksploatacją sieci informatycznej.
e. Administrowanie usługami dostępu do plików i drukarek.
f. Wykonywanie napraw, przeglądów oraz konserwacji sprzętu teletechnicznego, monitoringu wizyjnego i kontroli dostępu GCZD.
g. Wykonywanie napraw, przeglądów i konserwacji: sprzętu komputerowego wraz z peryferiami, wszystkich typów drukarek, biurowych urządzeń wielofunkcyjnych, biletomatów.

h. Prowadzenie dokumentacji sieci i systemów komputerowych, monitoringu wizyjnego i kontroli dostępu GCZD wraz z nadzorem nad ich rozbudową i modernizacją.
i. Współpraca z Sekcją ds. Inwestycji i Eksploatacji w zakresie opracowywania projektów i nadzoru nad rozbudową instalacji teletechnicznych, realizowanych w trakcie prac remontowych i adaptacyjnych w budynkach Szpitala.
j. Organizacja i prowadzenie szkoleń z zakresu obsługi sprzętu i systemów, monitoringu wizyjnego, kontroli dostępu, użytkowania sprzętu komputerowego i oprogramowania.
k. Utrzymanie sprawnego działania oprogramowania i sprzętu komputerowego wraz z peryferiami, będącego własnością Szpitala lub na podstawie umów użyczenia, instalacja nowego oprogramowania pozyskanego w drodze zakupów, darowizn, użyczeń, zgodnie z posiadanymi przez Szpital certyfikatami licencyjnymi lub umowami.
l. Współpraca z serwisami zewnętrznymi w zakresie dzierżawy, serwisu monitorów, drukarek i komputerów stacjonarnych i urządzeń przenośnych.
m. Identyfikacja problemów związanych z działaniem sprzętu komputerowego i aplikacji informatycznych, zgłaszanych przez użytkowników sieci informatycznej Szpitala. Rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów we własnym zakresie lub przekazywanie ich do realizacji do komórek wyspecjalizowanych w ramach Działu Teleinformatyki (Sekcja ds. Informatyki).
n. Doradztwo techniczne w zakresie zamówień i zakupów oprogramowania oraz przygotowanie materiałów niezbędnych do ich zakupu (specyfikacje), zgodnie z wymogami ustawy pzp.
o. Prowadzenie dokumentacji i weryfikacji oprogramowania użytkowników wraz z archiwizacją.
p. Prowadzenie pełnej sprawozdawczości elektronicznej dokumentacji prac realizowanych przez Sekcję.

XXV. ZESPÓŁ RADCÓW PRAWNYCH

Do zadań Zespołu Radców Prawnych należy:
a. bieżąca współpraca z Dyrekcją Szpitala poprzez udzielanie porad, opinii i konsultacji prawnych,
b. udzielanie opinii i porad poszczególnym komórkom organizacyjnym w zakresie stosowania prawa w sprawach związanych z funkcjonowaniem Szpitala,
c. opiniowanie pod względem formalno-prawnym aktów wewnętrznych dla Szpitala,
d. opracowywanie lub opiniowanie projektów umów,
e. przygotowywanie pism procesowych,
f. udział w spotkaniach, uczestnictwo w negocjacjach, prowadzenie mediacji wymagających obecności radcy prawnego,
g. udział w posiedzeniach Rady Społecznej oraz opiniowanie wniosków na posiedzenia Rady Społecznej,
h. reprezentacja Szpitala w spotkaniach z przedstawicielami ustawowymi/opiekunami prawnymi pacjentów w sprawach spornych,
i. dokonywanie wykładni przepisów prawnych,
j. zastępstwo procesowe przed sądami, organami administracji państwowej i samorządowej.

XXVI. SEKCJA KONTROLI WEWNĘTRZNEJ

Do zadań Sekcji Kontroli Wewnętrznej należy w szczególności:
a. Opracowywanie rocznych planów kontroli, notatek i sporządzanie sprawozdań z ich wykonania, jak i z przeprowadzonych kontroli doraźnych i sprawdzających.
b. Przeprowadzanie kontroli wewnętrznych planowych, doraźnych i sprawdzających.
c. Przeprowadzanie kontroli pod kątem zgodności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.
d. Sporządzanie zaleceń pokontrolnych i nadzór nad ich realizacją.
e. Zgłaszanie Dyrektorowi Naczelnemu wniosków o przeprowadzenie kontroli doraźnej w sytuacji zauważonego zagrożenia realizacji zadań wynikających z obowiązujących aktów prawnych i normatywnych.
f. Opracowywanie wystąpień pokontrolnych.
g. Prowadzenie rejestru kontroli wewnętrznych przeprowadzonych w Szpitalu.
h. Współpraca z zewnętrznymi jednostkami kontrolnymi na zasadach określonych w przepisach prawa, w porozumieniu i za zgodą Dyrektora Szpitala.

XXVII. PEŁNOMOCNIK DS. PRAW PACJENTA

Pełnomocnik ds. praw pacjenta w ramach swoich obowiązków wspiera Szpital w realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta, poprzez podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia praw pacjenta w Szpitalu, w tym przez:

a. udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów,
b. analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie Dyrektorowi Szpitala działań naprawczych,
c. prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w Szpitalu.

XXVIII KOORDYNATOR DS. DONACJI

Do zdań Koordynatora ds. donacji, podlegającego bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa, należy w szczególności:

a. identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców narządów i tkanek,
b. współudział w organizacji i dokumentacji postępowania diagnostycznego śmierci mózgu,
c. autoryzacja pobrania (rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii prokuratora/sądu rodzinnego, w sytuacjach, w których jest to konieczne),
d. organizacja opieki nad potencjalnym dawcą,
e. koordynacja pobrania wielonarządowego z wykorzystaniem ustawowych rejestrów transplantacyjnych,
f. organizacja pozyskania i zabezpieczenia materiału do typowania tkankowego,
g. organizacja pobrania narządów i tkanek w Szpitalu,
h. współpraca z koordynatorem regionalnym, wojewódzkim i centralnym,
i. dokumentacja pobrania narządów i tkanek
j. odbywanie szkolenia wstępnego i szkoleń ustawicznych, nie rzadziej niż co 2 lata (zgodnie z art. 40 a Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów),
k. promowanie medycyny transplantacyjnej i dawstwa w środowisku medycznym i społeczeństwie,
l. bieżąca dokumentacja każdego przypadku śmierci w OAiIT w narzędziu sieciowym www.koordynator.net,
m. sporządzanie kwartalnych sprawozdań przypadków zgonów w oddziale intensywnej terapii ze wsteczną analizą możliwości donacyjnych,
n. udział w tworzeniu procedur i budowaniu systemów jakości w zakresie dawstwa i transplantacji,
o. organizacja szkoleń i warsztatów dla personelu medycznego (koordynatorów, personelu oddziałów intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, radiologii), nie rzadziej niż raz w roku.

XXIX DZIAŁ WDROŻEŃ INFORMATYCZNYCH

Do zadań Działu Wdrożeń Informatycznych należy w szczególności:

a. zapewnienie prawidłowości działania i bezpieczeństwa systemu pod względem biznesowym poprzez właściwe zdefiniowanie procedur korzystania z systemów,
b. udział w procesie zarządzania ciągłością działania systemu, udział w procesie zarządzania uprawnieniami,
c. nadzór nad działaniami użytkowników systemu,
d. inicjowanie, organizacja i nadzór działań w procesie podejmowania decyzji w zakresie rozwoju tych systemów,
e. znajomość architektury zarządzanych systemów i poszerzanie wiedzy w tym zakresie,
f. opracowywanie, wdrażanie i nadzorowanie Planu Eksploatacji Usługi Kluczowej,
g. nadawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych pracownikom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę oraz ich ewidencjonowanie.

XXX DZIAŁ ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA

Do zadań Działu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta należy w szczególności:

a) utrzymanie i doskonalenie wdrożonej struktury systemu zarządzania jakością odpowiedniej dla potrzeb Szpitala, kompletnej i spójnej z całokształtem jego działalności,
b) prowadzenie dokumentacji wdrożonego systemu zarządzania jakością w sposób chronologiczny i usystematyzowany oraz jej aktualizacja,
c) udział w określaniu polityki jakości,

d) utrzymanie i doskonalenie systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta opartego na monitorowaniu zdarzeń niepożądanych i zarządzanie ryzykiem ich występowania,
e) modyfikowanie i uaktualnianie wdrożonej polityki bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych,
f) współpraca z Zespołem ds. bezpieczeństwa i monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz Komitetem ds. jakości,
g) współpraca z innymi Komórkami Organizacyjnymi w celu wdrożenia procedur, standardów i instrukcji, których przestrzeganie minimalizuje ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych,
h) okresowe monitorowanie oraz ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez analizę istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją (wskaźniki jakości opieki zdrowotnej),
i) prowadzenie badań opinii i doświadczeń pacjentów oraz personelu,
j) w oparciu o wnioski z monitorowania zdarzeń niepożądanych, wyniki badania satysfakcji pacjenta oraz analizę wskaźników jakości opieki zdrowotnej identyfikowanie obszarów dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
k) planowanie oraz inicjowanie prac na rzecz doskonalenia systemu zarządzania jakością oraz weryfikacja skuteczności działań korygujących i zapobiegawczych w odniesieniu do systemu zarządzania jakością,
l) koordynowanie działań/rozwiązań, mających na celu zapewnienie realizacji poszczególnych standardów akredytacyjnych,
m) tworzenie planów i programów poprawy jakości we współpracy z innymi Komórkami Organizacyjnymi,
n) udział w audytach zewnętrznych zgodnych z normą ISO 9001 oraz standardami akredytacyjnymi,
o) nadzór nad prawidłowym stosowaniem w Szpitalu standardów ochrony dzieci przed krzywdzeniem,
p) przegląd i aktualizacja obowiązujących w Szpitalu standardów ochrony dzieci przed krzywdzeniem,
q) udostępnianie rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów ochrony dzieci przed krzywdzeniem do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania,
r) ustalanie planu wsparcia małoletniego po ujawnieniu krzywdzenia – w sytuacji, gdy małoletni pozostaje w Szpitalu,
s) sprawdzanie i ocena skuteczności obowiązujących wytycznych i procedur dotyczących ochrony dzieci przed krzywdzeniem,
t) proponowanie zmian w standardach mających na celu skuteczną ochronę dzieci przed krzywdzeniem,
u) koordynowanie przygotowania zasad bezpiecznych relacji między dziećmi, ich wdrażania, monitorowania i inicjowania zmian w ich treści odpowiadając w tym zakresie na potrzeby zgłaszane przez dzieci,
v) współpraca z pozostałymi osobami odpowiedzialnymi za wdrażanie, realizowanie, upowszechnianie i monitorowanie standardów ochrony dzieci w Szpitalu.

Rozdział IV

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 17

ŚWIADCZENIA STACJONARNE

1. Świadczenia stacjonarne udzielane są przez komórki organizacyjne wymienione w § 6 niniejszego Regulaminu.
2. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia pacjentowi:
   a. świadczenia zdrowotne,
   b. produkty lecznicze i wyroby medyczne,
   c. pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
   d. opiekę całodobową,
   e. edukację zdrowotną dla pacjentów i ich rodzin oraz przygotowanie ich do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
3. Świadczenia zdrowotne są udzielane:
   a. świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego odprowadzanie składek ubezpieczenia zdrowotnego, zaś w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, dokumentów określonych w ww. ustawie. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w zdaniu pierwszym świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu (dowodu

osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18 roku życia), może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

b. osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego - świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.
c. zgodnie z treścią zawartych umów pomiędzy Szpitalem a dysponentami środków finansowych – na podstawie dokumentów wynikających z treści tych umów,
d. odpłatnie, zgodnie z cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora, a stanowiącym załącznik do niniejszego regulaminu. Odpłatne udzielenie świadczenia zdrowotnego jest realizowane w taki sposób, by nie zakłócić, ani nie ograniczyć dostępu pacjentom do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

4. Dokument potwierdzający uprawnienia, o których mowa w ust. 3, świadczeniobiorca winien przedstawić przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, za wyjątkiem przypadków określonych w ust. 5.
5. W przypadku stanu nagłego, dokument, o którym mowa w ust. 3 pkt a) może zostać przedstawiony w terminie późniejszym określonym ww. ustawą.
6. W przypadku braku podstawy do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital, koszty leczenia ponosi pacjent, na podstawie wystawionej przez Szpital faktury VAT.
7. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia.
8. Świadczenia zdrowotne z zakresu opieki stacjonarnej są realizowane:
   a. na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne,
   b. bez wymaganego skierowania – w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, których bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, na podstawie odrębnych umów z dysponentami środków finansowych.
9. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, 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.
10. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na jego przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego podmiotu leczniczego, po uprzednim porozumieniu się z tym podmiotem. O stwierdzonym rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach, lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej.
11. W dniu dokonania przez pacjenta/opiekuna zgłoszenia potrzeby udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjent zostaje wpisany do „Księgi oczekujących na przyjęcie do Szpitala" prowadzonej odrębnie dla każdego oddziału. Wpisów do w/w Księgi dokonuje się wg kolejności zgłoszeń.
12. Przyjęcia pacjentów na hospitalizację odbywają się według kolejności zgłoszeń, całodobowo w pomieszczeniach Izby Przyjęć/Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
13. Decyzja o kolejności przyjęć na hospitalizację może zostać zmieniona w razie pogorszenia się stanu zdrowia oczekującego. Decyzje o takiej zmianie podejmuje Ordynator właściwego oddziału.
14. W dniu zgłoszenia się pacjenta na hospitalizację, w przypadku zaistnienia sytuacji uniemożliwiającej przyjęcie do oddziału Szpitala, pacjent zostaje wpisany do „Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć".
15. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zasadami etyki zawodowej, na podstawie zgody na ich wykonanie udzielonej przez pacjenta lub prawnego opiekuna, zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w zakresie uzyskania zgody.

16. Pacjent lub jego opiekun prawny na każdym etapie diagnozowania i leczenia ma prawo do uzyskania wyczerpującej informacji o stanie zdrowia oraz zapoznania się z treścią prowadzonej na jego temat dokumentacji medycznej.
17. Szczegółowe prawa i obowiązki pacjentów w Szpitalu zawarte są w niniejszym regulaminie oraz ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
18. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
    a. gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
    b. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
    c. gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
19. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia stacjonarnego. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
20. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga dalszego leczenia stacjonarnego, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może 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. Szpital niezwłocznie zawiadamia właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania pacjenta ze Szpitala i przyczynach odmowy.

§ 18

ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

1. Świadczenia z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej udzielane są przez poradnie wymienione w § 6 B pkt. 1, które tworzą Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne.
2. Świadczenia określone w ust. 1 są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skierowania, o których mowa w ust. 2 nie są wymagane do ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry, osób chorych na gruźlice, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów, dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego, dla uprawnionego żołnierza lub pracownika i weterana poszkodowanego w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
4. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.
5. Jeżeli w dniu zgłoszenia się pacjenta nie jest możliwe udzielenie mu porady specjalistycznej, pacjent zostaje wpisany, po konsultacji z lekarzem zatrudnionym w poradni do „Księgi oczekujących”.
6. Kolejność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej ustala się zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
7. Zmiana miejsca na liście i przyspieszenie terminu udzielenia porady może nastąpić w przypadku pogorszenia stanu zdrowia oczekującego lub zaistnienia okoliczności mogących spowodować jego pogorszenie, w trybie przewidzianym dla umieszczenia na liście oczekujących.
8. Pacjent otrzymuje informację dotyczącą wpisu w *„Księdze oczekujących”*, a w szczególności o terminie udzielenia porady.
9. Świadczenia zdrowotne w stanach nagłych udzielane są w dniu zgłoszenia się pacjenta do poradni.
10. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są bezpłatnie, na zasadach określonych we właściwych przepisach prawa.
11. Do skierowania na badanie dołączana jest karta wewnętrzna badania radiologicznego oznaczona numerem wpisu badania do „Księgi pracowni diagnostycznej”.
12. Specjalistyczne świadczenie ambulatoryjne obejmuje poradę lekarską i zlecone w jej trakcie badania diagnostyczne i laboratoryjne.
13. Badania diagnostyczne i laboratoryjne wykonywane są w komórkach organizacyjnych Szpitala na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy zatrudnionych w poradniach Szpitala.

14. W przypadku realizacji badań w innych zakładach opieki zdrowotnej lekarz zlecający zobowiązany jest do wystawienia skierowania oraz *„Zlecenia wykonania usługi”*, które zatwierdza Dyrektor Szpitala oraz Główny Księgowy.
15. Szpital udziela teleporad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowanych w Poradniach Specjalistycznych Przyszpitalnych. W celu skorzystania z teleporady należy skontaktować się z rejestracją poradni. Szczegółowe informacje na temat udzielania teleporad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej znajdują się na stronie internetowej Szpitala pod adresem www.gczd.katowice.pl. Z teleporady może skorzystać pacjent, który jest pod stałą opieką lekarza specjalisty, a zaplanowana wizyta jest wizytą kontrolną, która ma służyć:
    - kontroli stanu zdrowia oraz ustaleniu planu dalszego leczenia,
    - analizie wyników wykonanych badań,
    - wystawieniu e-recepty,
    - wystawieniu e- zwolnienia lekarskiego,
    - wystawieniu e- skierowania na dalsze badania lekarskie (jeśli wystawienie e- skierowania jest możliwe).

    Z teleporady może skorzystać także pacjent, u którego istnieje podejrzenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
    Świadczenie zdrowotne nie może zostać udzielone w ramach teleporady w sytuacjach, gdy:
    - pacjent lub jego opiekun nie wyraził zgody na realizację świadczenia w formie teleporady, z wyjątkiem sytuacji dotyczących wystawiania recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz związanych z wydaniem zaświadczenia,
    - pacjent ma zaplanowaną wizytę I – razową w poradni specjalistycznej (pacjent, który nie został jeszcze objęty leczeniem w danej poradni specjalistycznej),
    - pacjent cierpi na przewlekłą chorobę, nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia lub pojawiły się niepokojące objawy,
    - istnieje podejrzenie choroby nowotworowej,
    - pacjent nie ukończył 6-go roku życia, z wyjątkiem porad kontrolnych w trakcie leczenia ustalonego w wyniku osobistego badania pacjenta, których udzielenie jest możliwe bez badania fizykalnego.

    W przypadku powyższych sytuacji, świadczenia realizowane są wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

§ 19

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ I RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

1. Świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej udzielane są przez pracownie diagnostyczne wymienione w § 6 A Pracownie Diagnostyczne pkt 1 a-e, które tworzą Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej.
2. Lekarz kierujący pacjenta na badanie lub leczenie promieniowaniem jonizującym uzasadnia swoją decyzję w skierowaniu. Lekarz prowadzący badanie lub leczenie jest obowiązany ocenić poprawność uzasadnienia skierowania i odpowiada za wybór odpowiedniej procedury oraz jej poprawną realizację.
3. Pracownie diagnostyczne wykonują bezpłatnie badania na podstawie skierowań na badanie diagnostyczne na rzecz:
    a. pacjentów leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie w Szpitalu, wystawionych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu,
    b. dla jednostki kierującej pacjentów z innych podmiotów leczniczych na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a właściwym podmiotem leczniczym,
    c. pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym w innych podmiotach leczniczych, z którymi Szpital nie zawarł umowy, na podstawie „Zlecenia wykonania usługi”,
    d. pacjentów skierowanych na badanie finansowane odrębnie w ramach umowy zawartej przez Szpital z NFZ (ambulatoryjne świadczenie diagnostyczne kosztochłonne), wystawione przez inny podmiot leczniczy w trybie ambulatoryjnym.

4. Badania określone jako ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne realizowane są zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. W przypadkach innych niż określone w pkt. 2 Zakład wykonuje badania odpłatnie.
6. Zakład wykonuje badania całodobowo, zgodnie z harmonogramem pracy Zakładu.
7. Chorzy kierowani na badania diagnostyczne z oddziałów Szpitala powinni być zależnie od stanu zdrowia: przyprowadzani, przywiezieni na wózkach, noszach jezdnych, łóżeczkach noworodkowych jezdnych lub inkubatorach transportowych, pod opieką personelu medycznego z komórki kierującej na badania.
8. Kolejność wykonywania badań diagnostycznych ustala się na podstawie zgłoszeń, zgodnie z kryteriami medycznymi, określonymi w odrębnych przepisach.
9. Pacjent skierowany na badanie diagnostyczne otrzymuje informację o terminie wykonania badania, w przypadku braku możliwości wykonania badania w tym samym dniu dokonuje się wpisu pacjenta do „Księgi oczekujących".
10. Pacjent skierowany na badanie diagnostyczne podlega ewidencji w dniu wykonania badania w „Księdze badań pracowni diagnostycznej" w celu oznaczenia i identyfikacji wykonywanych zdjęć.
11. Pacjent skierowany na badanie diagnostyczne winien być zaopatrzony w kartę wewnętrzną badania radiologicznego.
12. Na badanie pacjent zgłasza się ze skierowaniem oraz wcześniej wykonanymi badaniami obrazowymi, a także z książeczką zdrowia i historią choroby.
13. Na zdjęciach rentgenowskich winny figurować litery P, L, oznaczające stronę prawą i lewą oraz numer wpisu pacjenta do „Księgi pracowni diagnostycznej". Ponadto należy naświetlić na kliszy lub nanieść innym trwałym środkiem: nazwisko i imię chorego oraz datę wykonania zdjęcia.
14. Do karty badania radiologicznego dołącza się czytelny wynik badania, który zawiera opis i interpretację zdjęć oraz obrazu ekranowego. Odpis wyniku badania, karta wewnętrzna badania radiologicznego oraz skierowanie na badanie pozostają w Zakładzie.
15. W przypadkach pilnych badań wyniki badania są sporządzone w dniu jego wykonania.
16. Wyniki badania radiologicznego odbierane są za imiennym potwierdzeniem odbioru przez personel jednostek zlecających badanie, pacjentów, rodziców/prawnych opiekunów pacjentów lub innych osób upoważnionych.
17. Wykonanie badania rentgenowskiego u osób poniżej 16-go roku życia należy odnotować w Książce Zdrowia Dziecka.

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

1. Świadczenia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej udzielane są przez pracownie diagnostyczne wymienione w § 6 A Pracownie Diagnostyczne pkt 2 a-i, które tworzą Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL).
2. Pracownie diagnostyczne wykonują bezpłatnie badania dla pacjentów leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie w Szpitalu na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a jednostką kierującą lub na podstawie skierowania wystawionego przez jednostkę kierującą na badanie.
3. W przypadkach innych niż określone w pkt 2 badania wykonywane są odpłatnie, zgodnie z cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala, stanowiącym załącznik do niniejszego regulaminu.
4. Badania wykonywane są według ustalonego planu, w godzinach późniejszych w ramach dyżuru pełnionego przez pracowników ZDL.
5. Wyniki badań przygotowane są na dzień następny od dostarczenia materiału do ZDL, w przypadkach pilnych wyniki badania są sporządzone tego samego dnia i przekazywane niezwłocznie do oddziału. Jeżeli wykonanie badania trwa kilka dni, wynik badania wypisany zostaje bezpośrednio po zakończeniu badania.
6. Wyniki badań laboratoryjnych odbierane są przez pracowników Sekcji Transportu Wewnętrznego Szpitala, personel oddziałów/poradni lub pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego za imiennym potwierdzeniem odbioru.
7. W przypadku konieczności wykonywania badań w innych zakładach, ZDL odpowiedzialny jest za koordynowanie czynności związanych z realizacją przedmiotowych badań u podwykonawcy.

§ 20

CENTRUM URAZOWE DLA DZIECI

1. Szpital pełni funkcję Centrum Urazowego Dla Dzieci.
2. Centrum Urazowe Dla Dzieci 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 Dla Dzieci zapewnia dostęp do sprzętu i aparatury medycznej, umożliwiających całodobowe i niezwłoczne wykonywanie badań diagnostycznych, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego, natomiast dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego odbywa się w innych Oddziałach zabiegowych funkcjonujących w Szpitalu.
4. Centrum Urazowe Dla Dzieci dysponuje lądowiskiem dla śmigłowców ratunkowych zlokalizowanym w odległości umożliwiającej przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

§ 21

Rozdział V

ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI I LECZENIA PACJENTÓW

1. Wykonywanie świadczeń medycznych w innych podmiotach leczniczych:
   a. w celu zabezpieczenia kompleksowości świadczeń zdrowotnych Szpital współpracuje z innymi jednostkami realizującymi usługi medyczne, które nie są wykonywane w Szpitalu na podstawie zawartych umów bądź wystawionych zleceń wykonania usługi,
   b. zlecenie wykonania usług medycznych w innym podmiocie leczniczym wymaga wydania przez lekarza kierującego skierowania na badanie oraz uzupełnienia druku „Zlecenia wykonania usługi",
   c. „zlecenie wykonania usługi" wymaga zatwierdzenia podpisem oraz pieczątką imienną: lekarza kierującego, Ordynatora właściwego Oddziału, Głównego Księgowego, Dyrektora Szpitala,
   d. w przypadku konieczności wykonania świadczenia w innym zakładzie, poza czasem pracy działów administracji Szpitala, „Zlecenie wykonania usługi" zatwierdzają kolejno: lekarz zlecający i lekarz dyżurny Szpitala. W następnym dniu roboczym, lekarz kierujący zobowiązany jest uzyskać na Zleceniu potwierdzenie Głównego Księgowego i Dyrektora Szpitala.
2. Wykonywanie świadczeń medycznych przez Szpital na rzecz innych podmiotów leczniczych:
   a. udzielanie specjalistycznych konsultacji, badań lub wykonywanie innych świadczeń na rzecz podmiotów leczniczych następuje na podstawie zawartych umów, na mocy których kosztami usług zostaje obciążona jednostka zlecająca,
   b. w przypadku braku właściwych umów, podstawą do wykonania usługi jest zlecenie wykonania usługi skierowane docelowo do Szpitala z pisemnym potwierdzeniem kierownika podmiotu, stanowiącym gwarancję sfinansowania usługi przez zlecającą jednostkę.

Rozdział VI

PRAWA PACJENTA

§ 22

1. W Szpitalu obowiązują prawa pacjenta określone w szczególności w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie.
3. Pacjent zgłaszający się do podmiotu leczniczego w stanie zagrożenia życia lub zdrowia ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych niezależnie od okoliczności.
4. Pacjent w podmiocie leczniczym ma prawo do:
   a. świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń,

b. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom sanitarnym,
c. informacji o swoim stanie zdrowia, wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Rodzice lub opiekunowie prawni pacjenta mają prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka, a po uzyskaniu takich informacji - do wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie dziecku określonych świadczeń zdrowotnych,
d. intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
e. do dokumentacji medycznej na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym; dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia,
f. tajemnicy informacji i zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby,
g. dostępu do informacji o prawach pacjenta.

5. Pacjent hospitalizowany ma prawo do:
   a. środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
   b. pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
   c. opieki duszpasterskiej,
   d. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie, w tym prawo do pobytu z pacjentem przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
   e. kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, jednakże kontakt osobisty może zostać ograniczony w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Szpitalu,
   f. wskazania osoby lub instytucji, którą podmiot leczniczy obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
   g. wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie go w podmiocie leczniczym,
   h. wypisania z podmiotu leczniczego na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w zakładzie,
   i. udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia go do innego szpitala, w sytuacji gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala nie może być do niego przyjęty.
6. Opiekun pacjenta może skorzystać z zakwaterowania w oddziałach Szpitala.
7. W odniesieniu do przebiegającego procesu leczenia, pacjent oraz jego opiekunowie prawni mają prawo do:
   a. udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,
   b. uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki,
   c. uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
   d. zażądania od lekarza informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro,
   e. decydowania komu lekarz może udzielać informacji, a także wyrażenia żądania, aby lekarz nie udzielał takich informacji wskazanym przez niego osobom,
   f. nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenia mu innego świadczenia zdrowotnego,
   g. wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko,

h. jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpiły okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała, a nie ma możliwości uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz dokonując zmiany zakresu zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki, informuje następnie o tym fakcie pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego.
i. poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej,
j. wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń,
k. wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego,
l. dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym,
m. zachowania w tajemnicy informacji związanych z leczeniem pacjenta uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu,
n. uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza,
o. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta.

8. Pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do:
   a. wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium,
   b. poinformowania przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu,
   c. cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu.
9. W odniesieniu do opieki pielęgniarskiej, pacjent ma prawo do:
   a. udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę posiadającą prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
   b. udzielenia pomocy przez pielęgniarkę, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na jego zdrowiu,
   c. uzyskania od pielęgniarki informacji o prawach pacjenta,
   d. uzyskania od pielęgniarki informacji o stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę opieką pielęgnacyjną,
   e. zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych przez pielęgniarkę w związku z wykonywaniem zawodu.
10. W zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów pacjent (lub w jego imieniu przedstawiciel ustawowy) ma prawo do:
    a. wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów,
    b. dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od pacjenta za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli w chwili wyrażenia zgody pacjent ma pełną zdolność do czynności prawnych,
    c. ochrony danych osobowych dotyczących dawcy i biorcy przeszczepu oraz objęcia ich tajemnicą.
11. Świadczeniobiorcom 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 przysługuje uprawnienie do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Podstawą do skorzystania z ww. uprawnień, przez świadczeniobiorców do 18 roku życia, jest zaświadczenie, które potwierdza ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu. Zaświadczenie o chorobie, powstałej w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii.

12. Uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, począwszy od 1 lipca 2018 r. przysługuje świadczeniobiorcom do 18 roku życia, posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz świadczeniobiorcom do 18 roku życia, posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
13. Orzeczenie o niepełnosprawności poświadcza się właściwymi dokumentami wydanymi przez Powiatowe i Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności, lekarza orzecznika ZUS. Ponadto dokumentami potwierdzającymi orzeczenie o niepełnosprawności są wyroki Sądów Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.
14. Pacjentkom będącym w ciąży na podstawie zaświadczenia lekarza (zaświadczenie nie jest wymagane przy widocznej ciąży), przysługuje uprawnienie do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Rozdział VII

ZASADY OBOWIĄZUJĄCE NA TERENIE SZPITALA

§ 23

1. W Szpitalu obowiązuje korzystanie z usług szatni.
2. Na terenie Szpitala obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, oraz spożywania napojów alkoholowych. Za nieprzestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych grozi kara do 500 zł grzywny. Jeśli osobą nieprzestrzegającą zakazu jest pracownik Szpitala stosowane będą względem niego dodatkowo kary przewidziane w art. 108 Kodeksu pracy.
3. Ze względów epidemiologicznych oraz bezpieczeństwa, na oddziały zabrania się przynoszenia kwiatów (roślin).
4. Dzieci hospitalizowane w wieku szkolnym powinny zostać wyposażone przez swoich opiekunów w zeszyty i podręczniki do nauki.
5. Wszelkie przedmioty (np. zabawki, telefony, laptop etc.) pozostawione pacjentowi nie mogą zagrażać jego bezpieczeństwu. Szpital i personel nie ponoszą odpowiedzialności za ich uszkodzenie lub zaginięcie.
6. W trosce o poszanowanie intymności i godności pacjentów, ochronę prywatności pacjentów, ich opiekunów, oraz personelu, jak również mając na względzie bezpieczeństwo informacji poufnych, wykonywanie i rozpowszechnianie fotografii lub nagrań wideo osób przebywających na terenie Szpitala odbywać się może wyłącznie:
   a) z poszanowaniem intymności i godności pacjentów,
   b) z poszanowaniem prawa do prywatności, ochrony danych osobowych, w tym wizerunku, pacjentów, ich opiekunów oraz personelu Szpitala,
   c) w sposób, który nie utrudnia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności nie zakłóca pracy personelu medycznego oraz prawidłowego działania aparatury medycznej,
   d) po uzyskaniu zgody osoby fotografowanej lub nagrywanej.

   Wykonywanie oraz publiczne rozpowszechnianie, w tym przez przedstawicieli mediów, zdjęć lub nagrań wideo prezentujących stosowane w Szpitalu metody, procedury i techniki terapeutyczne, w tym pracę personelu medycznego oraz aparatury medycznej, dodatkowo wymaga zgody Dyrektora Szpitala.
7. Ze względów lokalowych i epidemiologicznych w procesie opieki nad pacjentem może uczestniczyć jednoczasowo tylko jeden opiekun. Z uwagi na dobro pacjenta, po uzyskaniu zgody Kierownika Oddziału, przy pacjencie może przebywać więcej niż jedna osoba. Pacjentów, opiekunów oraz odwiedzających obowiązuje przestrzeganie ciszy nocnej w godzinach od 20.00 do 7.00.
8. Mając na uwadze zdrowie i bezpieczeństwo pacjenta, opiekun lub osoba bliska może zostać poinformowany przez kierownika oddziału o konieczności ograniczenia kontaktu z pacjentem.
9. W czasie badań, wizyty lekarskiej, konsultacji specjalistycznych lub przeprowadzania procedur medycznych opiekunowie i odwiedzający pacjenta, na prośbę lekarza lub pielęgniarki mają obowiązek opuścić salę w celu poszanowania godności pacjentów i zapewnienia ochrony danych osobowych, jak również sprawnego i bezpiecznego przebiegu procedur diagnostyczno - terapeutycznych.
10. Wózki dziecięce mogą być wwożone na oddział tylko w indywidualnych, uzasadnionych przypadkach po uzyskaniu zgody pielęgniarki oddziałowej.

11. Urządzenia elektryczne mogą być używane na oddziale tylko w wyznaczonych pomieszczeniach, po uzyskaniu zgody pielęgniarki oddziałowej. Zabrania się używania urządzeń, które mogą stanowić jakiekolwiek zagrożenie.
12. Opiekunom pacjenta zabrania się podawania pacjentom leków nie zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.
13. W czasie przebywania na oddziale opiekunowie i odwiedzający pacjenta mają obowiązek stosować się do zaleceń personelu oddziału.
14. Osoba sprawująca dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem zobowiązana jest do każdorazowego uzgodnienia z lekarzem możliwości wyjścia z pacjentem poza oddział (np. na spacer) oraz zgłoszenia tego faktu pielęgniarce (należy poinformować, gdzie i na jaki czas wychodzi z pacjentem). Powrót należy zgłosić personelowi Oddziału.
15. Pacjent małoletni może opuścić oddział, na którym się znajduje wyłącznie pod opieką rodzica, opiekuna lub personelu medycznego. Pacjent pełnoletni może opuścić oddział wyłącznie w uzgodnieniu z personelem medycznym.
16. Opiekunowie, a także inne osoby odwiedzające pacjenta ponoszą odpowiedzialność materialną za wyrządzone przez siebie szkody w mieniu Szpitala.
17. Dla dobra pacjenta, przynoszone pożywienie powinno być konsultowane z personelem medycznym. Należy przechowywać je w lodówce oddziałowej w zamkniętych opisanych pojemnikach. Nie wolno przechowywać łatwo psującego się pożywienia w szafkach przyłóżkowych. Opiekunowie pacjenta zobowiązani są do przestrzegania zaleconej dziecku diety.
18. Ze względów bezpieczeństwa nie jest wskazane przynoszenie pacjentom twardych drobnych cukierków, orzechów oraz małych lub składających się z drobnych elementów zabawek.
19. Posiłki zakupione poza oddziałem nie mogą być konsumowane przez odwiedzających na oddziale.
20. Każdorazowe odejście rodzica, opiekuna bądź odwiedzającego od łóżeczka pacjenta wymaga podjęcia stosownych środków zabezpieczających przed wypadnięciem dziecka z łóżeczka.
21. Rodzice lub opiekunowie pełnoletniego pacjenta (za wyjątkiem pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności) zobowiązani są do uregulowania rachunku za noclegi w kasie Szpitala lub przelewem na konto Szpitala, według zasad wynikających z przepisów wewnętrznych Szpitala.
22. W przypadku, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, iż opiekun pacjenta lub osoba odwiedzająca, znajduje się pod wpływem alkoholu lub innego środka odurzającego, personel Szpitala uprawniony jest do żądania natychmiastowego opuszczenia przez taką osobę Szpitala. To samo dotyczy sytuacji, gdy osoba zachowuje się w sposób agresywny lub w inny sposób zakłóca spokój pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, lub prawidłowe udzielanie świadczeń medycznych. W sytuacji, gdy osoba, pomimo wezwania ze strony personelu do opuszczenia Szpitala odmawia podporządkowania się do prośby, personel może wezwać ochronę Szpitala, która ma prawo usunąć ją ze Szpitala wzywając równocześnie funkcjonariuszy policji lub straży miejskiej.
23. Opiekunowie prawni lub osoby odwiedzające pacjenta mogą przebywać w pomieszczeniach w tym celu wyznaczonych lub w miejscu, gdzie przebywa pacjent hospitalizowany w Szpitalu, jeżeli ich obecność nie ma wpływu na prawidłowe udzielanie świadczeń medycznych. Osoby te nie mogą poruszać się po oddziałach i innych komórkach organizacyjnych Szpitala i zobowiązane są do opuszczenia pomieszczeń Szpitala na każde żądanie personelu medycznego.
24. Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz karmienia zwierząt, wyrzucania jedzenia z okien oraz wykładania go w miejscach, które nie są do tego przeznaczone. Za zanieczyszczanie lub zaśmiecanie miejsca dostępnego dla publiczności, a w szczególności drogi, ulicy, placu ogrodu, trawnika lub zieleńca grozi kara grzywny do 500 złotych. Jeśli osobą nieprzestrzegającą zakazu jest pracownik Szpitala stosowane będą względem niego dodatkowo kary przewidziane w art. 108 Kodeksu pracy.
25. Opiekunowie pacjenta, a także inne osoby odwiedzające pacjenta, zobowiązani są do przestrzegania reżimu sanitarno-epidemiologicznego podczas kontaktu z zakażonym/chorym na chorobę zakaźną, w tym mogącą szerzyć się drogą kontaktową, kropelkową i pokarmową. Personel medyczny udziela osobom odwiedzającym pacjenta odpowiedniego instruktażu postępowania w powyższym zakresie zgodnie z obowiązującą procedurą.
26. Szpital zgłasza Policji fakt przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia oraz zgłasza fakt przyjęcia albo zgon 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. Ponadto, Szpital udziela na żądanie Policji informacji, o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji.

27. Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego z innymi osobami (odwiedzin), także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Rozdział VIII

ZASADY PROWADZENIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTÓW

§ 24

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Szpital zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej.
3. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta oraz podmiotom lub organom uprawnionym na mocy obowiązujących przepisów w następujący sposób:
   a. do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
   b. przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
   c. przez 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 – dotyczy dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oraz dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, jeżeli warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają sporządzenie jej kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu);
   e. na informatycznym nośniku danych – dotyczy dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oraz dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, jeżeli warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają sporządzenie jej kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu).
4. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
5. Szpital pobiera opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej podawana jest do wiadomości pacjentów w Szpitalu na tablicach informacyjnych oddziałów, zakładów diagnostycznych i rejestracji poradni oraz na swojej stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej. Opłata ustalana jest w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a jej wysokość wynosi:
   a. za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – 0,002,
   b. za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – 0,00007,
   c. za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – 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, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
6. Nie pobiera się opłaty w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
   a. pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w pkt. 3 lit. b i e,
   b. w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 17d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta,

c. w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*,
d. w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych oraz innym podmiotom, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podmiot ten ma prawo do nieodpłatnego udostępnienia dokumentacji medycznej.

Rozdział IX

DEPOZYT RZECZY WARTOŚCIOWYCH PACJENTA

§ 25

1. Szpital zapewnia pacjentowi możliwość złożenia do depozytu rzeczy wartościowych na czas pozostawania pacjenta w Szpitalu.
2. Szpital zapewnia odpowiednie warunki przechowywania przedmiotów znajdujących się w depozycie oraz prowadzi księgę depozytów, która składa się z kopii kart depozytowych. Karty depozytowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia odbioru depozytu.
3. W przypadku pacjenta małoletniego przedmioty do depozytu składa w jego imieniu opiekun prawny lub faktyczny.
4. Szpital wydaje kartę depozytową będącą pokwitowaniem przyjęcia określonych przedmiotów do depozytu.
5. W przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, osoba wskazana przez Dyrektora Szpitala albo wskazana przez osobę przez niego upoważnioną niezwłocznie sporządza spis przedmiotów oraz oddaje je do depozytu.
6. Niezwłocznie po ustaniu okoliczności, o których mowa w pkt 5, zawiadamia się pacjenta lub jego opiekuna prawnego albo faktycznego o złożeniu przedmiotów do depozytu. W przypadku wyrażenia woli dalszego przechowywania przedmiotów w depozycie pacjent składa podpis na karcie depozytowej wraz z aktualną datą. W przypadku pacjenta małoletniego podpis składa w jego imieniu opiekun prawny lub faktyczny.
7. W przypadku trwania okoliczności, o których mowa w pkt 5, przez okres dłuższy niż 24 godziny od czasu przyjęcia pacjenta do Szpitala, Dyrektor Szpitala albo osoba przez niego upoważniona informuje o złożeniu przedmiotów do depozytu osoby, o których mowa w pkt 14.
8. Rzeczy wartościowe w depozycie przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym, oznaczonym nadrukiem, naklejką lub pieczęcią zakładu, zawierającymi nazwę zakładu, jego adres, numer identyfikacji podatkowej (NIP) i numer telefonu, oraz oznaczonym numerem, pod którym depozyt został zapisany w księdze depozytów.
9. W księdze depozytów, pod numerem depozytu, wyszczególnione są liczba oraz określenie przedmiotów znajdujących się wewnątrz opakowania, w którym depozyt jest przechowywany.
10. Opakowanie, w którym jest przechowywany depozyt, po wpisaniu do księgi depozytów, przechowuje się w sejfie albo szafie pancernej.
11. Księgę depozytów prowadzi i przechowuje osoba wyznaczona przez Dyrektora Szpitala.
12. W przypadku przyjęcia depozytu poza godzinami pracy, w razie nieobecności osoby, o której mowa w pkt. 11, osoba wskazana przez Dyrektora Szpitala lub osobę przez niego upoważnioną sporządza opatrzony własnoręcznym podpisem spis przedmiotów oraz przyjmuje depozyt, po czym umieszcza go w zamkniętej na klucz szufladzie lub szafie oraz wydaje pokwitowanie.
13. Depozyt przyjęty w sposób określony w pkt 12 jest przekazywany osobie, o której mowa w pkt. 11, niezwłocznie po jej stawieniu się w Szpitalu, w celu dokonania zapisu depozytu w księdze depozytów.
14. Przedmioty przechowywane w depozycie mogą być wydane pacjentowi, rodzicom małoletniego pacjenta oraz jego opiekunom prawnym, pełnoletniemu rodzeństwu pacjenta, a także innym osobom uprawnionym, na podstawie odrębnych przepisów, do dysponowania ruchomościami pacjenta, na podstawie okazanej karty depozytowej.
15. Przedmioty przechowywane w depozycie wydaje się osobom, o których mowa w pkt. 14, za pokwitowaniem odbioru opatrzonym własnoręcznym podpisem na kopii karty depozytowej pozostającej w księdze depozytów.
16. Do postępowania z nieodebranymi depozytami stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego

o nieodpłatnym przechowaniu.

Rozdział X

ZASADY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA LUB INNEJ OSOBY ZMARŁEJ NA TERENIE SZPITALA

§ 26

1. W Szpitalu znajduje się *„Pomieszczenie pośmiertne”,* w którym przechowywane są zwłoki.
2. Procedura postępowania w przypadku zgonu pacjenta hospitalizowanego:
   a. W przypadku zgonu pacjenta lekarz winien dokonać niezwłocznie oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby dzień i godzinę śmierci.
   b. Pielęgniarka powinna odnotować dzień i godzinę śmierci pacjenta w raporcie pielęgniarskim i w karcie gorączkowej.
   c. Po stwierdzeniu zgonu przez właściwego lekarza pielęgniarka wypełnia kod czynności 09 skierowania zwłok do *„ Pomieszczenia pośmiertnego”*.
   d. Oznaczone zwłoki po ponownych oględzinach i stwierdzeniu zgonu przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego - w dwie godziny po zgonie - zostają przewiezione w obecności pielęgniarki lub pracowników Sekcji Transportu Wewnętrznego do *„Pomieszczenia pośmiertnego”*.
   e. Pielęgniarka oddziału zobowiązana jest wykonać toaletę pośmiertną zwłok osób zmarłych w Szpitalu przed zawiezieniem do pomieszczenia pośmiertnego.
   f. Duplikat wypełnionego kodu 09 skierowania zwłok do *„Pomieszczenia pośmiertnego”* należy dołączyć do historii choroby.
   g. Pielęgniarka oddziałowa przekazuje do sekretariatu medycznego danego oddziału Szpitala kartę zgonu wystawioną przez lekarza.
   h. Lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny oddziału niezwłocznie powiadamia rodzinę lub opiekunów o śmierci pacjenta.
   i. Po podpisaniu historii choroby przez kierownika/ordynatora i wypełnieniu karty statystycznej zmarłego dokumenty zostają przekazane do sekretariatu medycznego.
   j. Oddział prowadzi „Księgę zgonów” według ustalonego wzoru.
3. Postępowanie z przedmiotami pozostałymi w Szpitalu po zmarłym:
   a. pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka pełniąca dyżur sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przedmioty przekazuje do depozytu Szpitala,
   b. przedmioty pozostałe po zmarłym, wydaje się za pokwitowaniem odbioru rodzicom lub prawnym opiekunom zmarłego,
   c. przedmioty pozostałe po zmarłym, w sprawie którego toczy się postępowanie przed organami ścigania, nie mogą być wydane przed uzyskaniem stosownej zgody.
4. Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta poza oddziałem Szpitala lub innej osoby:
   a. W przypadku zgonu pacjenta poza oddziałem Szpitala stosuje się procedurę ujętą w pkt 1. Czynności przewidziane procedurą wykonuje personel medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
   b. W przypadkach, o którym mowa w pkt 1 zgon powinien być potwierdzony przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i odnotowany w książce zgonów Szpitala.
   c. Personel pielęgniarski Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przygotowuje zwłoki osoby zmarłej do transportu do pomieszczenia pośmiertnego.
5. Postępowanie ze zwłokami osób, których tożsamość nie została ustalona:
   a. W przypadku zgonu osoby, której tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem przestępstwa, samobójstwa bądź nieszczęśliwego wypadku, kierownik/ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona bezzwłocznie powiadamia właściwego miejscowo prokuratora.
   b. Powyższy organ należy zawiadomić również w przypadku, gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa.
6. Wystawianie karty zgonu.
   a. Kartę zgonu wystawia lekarz, który leczył chorego w Szpitalu.

b. Jeżeli zgon nastąpił przed ustaleniem sposobu leczenia przez lekarza oddziałowego, kartę zgonu wystawia lekarz dyżurny, który przyjął chorego do Szpitala.
c. Karta zgonu, wydawana jest podmiotom uprawnionym w jednym egzemplarzu.

W dokumentacji medycznej osoby zmarłej pozostawia się kserokopię karty zgonu lub sporządza się adnotację o jej sporządzeniu i wydaniu.

7. Przechowywanie zwłok.
   a. Zwłoki osób zmarłych w Szpitalu przechowywane są w „Pomieszczeniu pośmiertnym" Szpitala, a następnie przekazywane są do Zakładu Patomorfologii.
8. Zakład Patomorfologii pisemnie informuje Szpital o fakcie nieodebrania zwłok przez osoby upoważnione.
9. Sekcje zwłok.
   a. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala, z zastrzeżeniem pkt c.
   b. Dyrektor Szpitala, a jeżeli Dyrektor nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, na wniosek właściwego kierownika/ordynatora lub, w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
   c. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw w zakresie dokonania sekcji zwłok lub uczyniła to ta osoba za życia. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt c sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza się pisemny sprzeciw, o którym mowa w pkt c.
   d. Przepisów a – c nie stosuje się w przypadkach:
      - określonych w kodeksie postępowania karnego i kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
      - gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
      - określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
   e. W dokumentacji medycznej pacjenta, który zmarł w Szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
   f. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
   g. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor Szpitala, a jeżeli Dyrektor nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, może zadecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
   h. W razie śmierci pacjenta w Szpitalu, Szpital ma obowiązek należycie przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom uprawnionym do pochowania.
   i. Szpital pobiera opłatę za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny. Wysokość opłaty od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, wynosi 24 zł + VAT za każdą kolejną dobę.
10. Postępowanie ze zwłokami pacjentów zmarłych na choroby zakaźne.
    a. Zwłoki osób zmarłych na ostre choroby zakaźne powinny być przechowywane i chowane w sposób określony obowiązującymi przepisami.
11. Nadzór nad pomieszczeniem pośmiertnym sprawuje Kierownik Działu Higieny Szpitalnej.
12. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.04.2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

Rozdział XI

ZASADY POSTĘPOWANIA z logo SZPITALA

§ 27

1. *Logo* Szpitala jest plikiem graficznym (Załącznik nr 5) w formacie JPG, i powinien być stosowany w kolorze niebieskim oraz w kolorze czarnym. Dopuszcza się używanie negatywnej wersji tj. białego *logo* na kolorowym tle, w przypadku stosowania w materiałach kolorowych.
2. *Logo* Szpitala jest używane:
   a. w pismach wewnętrznych i zewnętrznych Szpitala oraz drukach Szpitala,
   b. na identyfikatorach i wizytówkach pracowników Szpitala,
   c. na fasadzie budynku Szpitala.
3. *Logo* Szpitala może być używane:
   a. na pojazdach będących własnością Szpitala,
   b. na odzieży służbowej pracowników Szpitala,
   c. podczas wszystkich uroczystości krajowych i zagranicznych, w których Szpital jest gospodarzem, współgospodarzem lub patronem,
   d. podczas imprez o charakterze charytatywnym, kulturalnym, promocyjnym, które mają na celu wspieranie finansowe Szpitala lub jego promocję,
   e. do sygnowania publikacji *„Wyprawa po Skarb Zdrowia”,*
   f. jako element dekoracyjny na upominkach i pamiątkach związanych ze Szpitalem,
   g. w innych przypadkach jeżeli jest to związane z promocją Szpitala.
4. *Logo* jest umieszczone na stronie internetowej Szpitala (http://www.gczd.katowice.pl/). *Logo* powinno być wyświetlane z zachowaniem minimalnego odstępu (20 pikseli) od innych graficznych lub tekstowych elementów na stronie. *Logo* Szpitala nie może być częścią żadnego innego *logo*.
5. Rozmiar *logo* winien być dostosowany do nośnika stosowanego w komunikacji informacyjno-promocyjnej, tym samym należy zamieszczać je w wielkości zapewniającej jego czytelność. *Logo* należy zamieszczać na tłach gwarantujących jego właściwe wyeksponowanie i zapewnienie prawidłowej czytelności znaku.
6. Nie można zmieniać proporcji, kolorów i elementów *logo*, a także animować go, zniekształcać ani w żaden inny sposób modyfikować jego wyglądu.
7. Nie można umieszczać *logo* Szpitala w publikacjach i witrynach, których zawartość narusza jakiekolwiek prawa bądź jest sprzeczna z prawem.
8. Prawo do używania *logo* przysługuje:
   a. organom Szpitala,
   b. pracownikom Szpitala, ale wyłącznie w sprawach związanych z wykonywaniem obowiązków pracowniczych, w innych sytuacjach wymagana jest zgoda Dyrektora.
9. *Logo* może być wykorzystywane przez inne organizacje, osoby prawne oraz fizyczne, wyłącznie po uprzednim wyrażeniu pisemnej zgody przez Dyrektora Szpitala.
10. Zgodę określoną w pkt 8 a. i b. wydaje się na czas określony, nie dłuższy jednak niż 1 rok. Może być ona przedłużana o kolejny okres jednoroczny.
11. Dyrektor może w każdym czasie wyrażoną zgodę cofnąć lub zawiesić, a w szczególności jeżeli uprawniony nie zachowuje warunków, na których zgoda została udzielona.
12. Udzielona zgoda, o której mowa w pkt 10 wygasa wskutek:
    a. upływu okresu, na który została udzielona,
    b. zrzeczenia się uprawnionego do korzystania z *logo,*
    c. zaprzestania przez uprawnionego działalności, z którą zgoda była związana.
13. Udzielenie zgody pracownikom, wyłącznie w sprawach związanych z wykonywaniem obowiązków pracowniczych, o której mowa w pkt 8 b. następuje nieodpłatnie, w pozostałym zakresie może być odpłatne w zależności od decyzji Dyrektora.
14. Szpital zastrzega sobie prawo do podjęcia działań przeciw użytkownikom postępującym niezgodnie z niniejszymi zasadami oraz naruszającymi własność intelektualną lub inne prawa.

ZASADY STOSOWANIA MONITORINGU WIZYJNEGO NA TERENIE SZPITALA

§ 28

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu Szpital stosuje całodobową obserwację pomieszczeń ogólnodostępnych za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring wizyjny). Kamery zainstalowane są w ciągach komunikacyjnych: korytarze, klatki schodowe, windy, hole.

Pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz pomieszczenia pobytu pacjentów, w tym pokoje łóżkowe, objęte są monitoringiem wizyjnym, jeżeli wynika to z przepisów prawa. Monitorowanie pomieszczeń przeznaczonych do izolacji pacjentów w ramach stosowania przymusu bezpośredniego odbywa się dodatkowo z rejestracją dźwięku, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.
Nagrania z monitoringu przechowywane są przez okres nie dłuższy niż 1 miesiąc lub 12 miesięcy w przypadku nagrań z pomieszczeń przeznaczonych do izolacji pacjentów w ramach stosowania przymusu bezpośredniego. Jeżeli nagrania stanowią dowód w postępowaniu, termin ich przechowywania ulega przedłużeniu do czasu zakończenia tego postępowania.
Dostęp do bieżącego podglądu z kamer oraz nagrań monitoringu posiada wyłącznie upoważniony personel Szpitala. Nagrania monitoringu Szpital przetwarza tylko do celów, dla których zostały zapisane. Mogą one zostać udostępnione organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
Wszystkie obszary monitorowane Szpital oznacza w sposób widoczny i czytelny, za pomocą odpowiednich znaków oraz informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

DYREKTOR

Marian Kreis

Załączniki:

1. *Załącznik Nr 2 do Statutu „Schemat organizacyjny – część medyczna*
2. *Załącznik Nr 2a do Statutu „Schemat organizacyjny – część medyczna*
3. *Załącznik Nr 2b do Statutu „Schemat organizacyjny – część administracyjna"*
4. *Załącznik Nr 3 do Statutu „Wykaz zakładów, jednostek i komórek działalności podstawowej SPSK Nr 6 SUM GCZD im. Jana Pawła II"*
5. *Zarządzenie Dyrektora Nr 48/2025 z dnia 12.12.2025 r. w sprawie wprowadzenia cenników w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*
6. *Załącznik Nr 5 do Statutu - Logo Szpitala*