Tekst ujednolicony
Regulaminu Organizacyjnego
Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji,
uwzględniający zmiany wprowadzone
Zarządzeniem Dyrektora nr 17/2026
z dnia 28.04.2026 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

szpital z sercem

Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji

„Rehabilitując – uczymy i zapobiegamy, dajemy każdemu szansę na dłuższe i lepsze życie.
Nasz Szpital to Szpital z Sercem”

/tekst jednolity /

Spis treści

Rozdział I
Postanowienia ogólne 3
Rozdział II
Firma podmiotu leczniczego 3
Rozdział III
Cele i zadania podmiotu leczniczego 4
Rozdział IV
Struktura organizacyjna zakładów leczniczych podmiotu 4
Rozdział V
Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych 5
Rozdział VI
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych 6
Rozdział VII
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta 6
Rozdział VIII
Organizacja i zadania komórek organizacyjnych 9
Rozdział IX
Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą 20
Rozdział X
Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej 20
Rozdział XI
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat 21
Rozdział XII
Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta w przypadku, o którym mowa w art. 24 ust.1 pkt 11 ustawy z dnia15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej 22
Rozdział XIII
Prawa i obowiązki pacjenta 22
Rozdział XIV
Skargi i wnioski 22
Rozdział XV
Postanowienia końcowe 23

Rozdział I
Postanowienia ogólne

§ 1

1. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji (ŚCRiP), zwane dalej „Centrum" jest podmiotem leczniczym, działającym na podstawie:
   1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
   2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
   3) ustawy z dnia 29 września1994r.o rachunkowości,
   4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r.o finansach publicznych,
   5) innych przepisów regulujących działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
   6) Statutu Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji,
   7) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
2. Regulamin Organizacyjny Centrum, zwany dalej „Regulaminem„określa:
   1) firmę, cele i zadania Centrum, rodzaj działalności leczniczej oraz miejsce, zakres i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
   2) strukturę organizacyjną Centrum, w tym również organizację i zadania poszczególnych zakładów leczniczych i komórek organizacyjnych;
   3) warunki współdziałania Centrum z innymi podmiotami leczniczymi;
   4) wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej;
   5) postępowanie w razie śmierci pacjenta oraz wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny;
   6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
   7) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
   8) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych podmiotu.
3. Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Centrum oraz osób przebywających w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji, w tym pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Centrum.

Rozdział II
Firma podmiotu leczniczego

§ 2

1. Podmiot leczniczy działa pod firmą: Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji;
2. Podmiot leczniczy używa skrótu literowego: ŚCRiP;
3. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego – Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, pod numerem 0000176888.
4. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji wpisane jest do rejestru podmiotów działalności leczniczej, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, numer księgi rejestrowej 000000013336.
5. NIP:548-23-08-117
6. REGON072388927.

Rozdział III
Cele i zadania podmiotu leczniczego

§ 3

1. Celem Centrum jest:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
   2) promocja zdrowia.
2. Do zadań Centrum należy:
   1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
   2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
   3) prowadzenie działalności diagnostycznej;
   4) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka i prewencja chorób, promocja i edukacja zdrowotna;
   5) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;
   6) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób;
   7) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
   8) realizacja zleconych przez właściwy organ zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.
3. Szpital świadczy także inne usługi i wykonuje działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza w zakresie wyszczególnionym w Statucie.

Rozdział IV
Struktura organizacyjna zakładów leczniczych podmiotu

§ 4

1. Odpowiedzialność za zarządzanie Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji ponosi Kierownik podmiotu leczniczego, zwany w dalszej części Dyrektorem.
2. Dyrektor zarządza Centrum przy pomocy:
   1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, w zakresie działalności leczniczej;
   2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych, w zakresie działalności ekonomiczno – administracyjno-gospodarczej i finansowej;
   3) Kierowników oddziałów i komórek organizacyjnych.
   4) Przełożonej Pielęgniarek,
3. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępuje zastępca dyrektora:
   1) ds. Lecznictwa – w sprawach leczniczych;
   2) ds. Ekonomiczno – Administracyjnych – w sprawach administracyjnych, gospodarczych i finansowych.
4. Zastępców powołuje Dyrektor, określając jednocześnie zakres ich obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Dyrektor powołuje zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa oraz zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych, z zastrzeżeniem pkt. 8.
5. Dyrektorzy pionów, kierownicy i pracownicy na stanowiskach samodzielnych kierują powierzonymi im zakresami prac i są odpowiedzialni za ich wykonanie przed bezpośrednim przełożonym.
6. Szczegółowe kompetencje, zasady funkcjonowania oraz organizację pracy określają Regulaminy ŚCRiP w Ustroniu.
7. Strukturę organizacyjną Centrum określa schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, ustalający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych oraz przedmiotowy podział funkcji członków kierownictwa ŚCRiP w Ustroniu, w zakresie

kierowania, zarządzania, nadzoru, koordynacji wewnętrznej i odpowiedzialności.

8. W przypadku gdy Dyrektor nie jest lekarzem, przeprowadza się konkurs na stanowisko z – cy Dyrektora ds. Lecznictwa, na zasadach przewidzianych w ustawie o działalności leczniczej.

§ 5

1. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych w następujących zakładach leczniczych:
   1) Specjalistycznym Szpitalu Rehabilitacyjnym;
   2) Ambulatoryjnej Opiece Zdrowotnej.
2. Komórki organizacyjne:
   1) Specjalistycznego Szpitala Rehabilitacyjnego:
      a) I Oddział rehabilitacji kardiologicznej;
      b) II Oddział rehabilitacji kardiologicznej;
      c) Oddział rehabilitacji narządu ruchu;
      d) Pracownia diagnostyki;
      e) Izba przyjęć;
      f) Dział Farmacji Szpitalnej;
      g) Pracownia psychologiczna.[1]
   2) Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej:
      a) Poradnia rehabilitacyjna;
      b) Poradnia kardiologiczna;
      c) Poradnia kardiologii dziecięcej;
      d) Poradnia chorób metabolicznych;
      e) Ośrodek rehabilitacji dziennej;
      f) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej;
      g) Dział fizjoterapii;
      h) Poradnia Geriatryczna;
      i) Poradnia wad postawy;
      j) Poradnia Medycyny Sportowej;
      k) uchylony;
      l) **uchylony**

§ 6

Przy Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji działa Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym Województwa Śląskiego oraz organem doradczym Dyrektora Centrum.

1. Radę Społeczną Centrum powołuje i odwołuje Zarząd Województwa Śląskiego.
2. Sposób zwoływania posiedzeń Rady Społecznej Centrum, tryb jej pracy oraz podejmowania uchwał, określa regulamin uchwalony przez Radę Społeczną Centrum i zatwierdzony przez Zarząd Województwa Śląskiego.

Rozdział V

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 7

1. Centrum udziela świadczeń w rodzaju:
   1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;
   2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, szpitalne udzielane są w zakresie:
   1) rehabilitacji kardiologicznej;
   2) rehabilitacji ogólnoustrojowej;
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie:
   1) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

a) kardiologii;
b) kardiologii dziecięcej;
c) chorób metabolicznych;
d) geriatrii;
e) wad postawy;
f) medycyny sportowej;

2) ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej:
a) ośrodka rehabilitacji dziennej ogólnoustrojowej;
b) ośrodka rehabilitacji dziennej kardiologicznej;
c) lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej;
d) fizjoterapii ambulatoryjnej;

3) diagnostyki medycznej:
a) pracowni badań czynnościowych /test wysiłkowy, 24 godzinne monitorowanie EKG i ciśnienia, spirometria/;
b) pracowni diagnostyki ultradźwiękowej /UKG serca, USG jamy brzusznej, układu ruchu i małych narządów/;
c) pracowni psychologicznej.

Rozdział VI
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 8

1. Siedzibą Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji jest Ustroń, ul. Zdrojowa 6.
2. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: Ustroń, ul. Zdrojowa 6, Istebna 500.
3. Zakres udzielanych świadczeń przez poszczególne komórki organizacyjne odpowiada przepisom ustawy o działalności leczniczej.
4. Dyrektor może zmienić miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, o ile nastąpi poprawa jakości i dostępności do nich.
5. Świadczenia zdrowotne udzielane są pomieszczeniach dopuszczonych do pełnienia tej funkcji przez służby sanitarno –epidemiologiczne.

Rozdział VII
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta

§ 9

1. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie.
2. Osobom innym niż określone w pkt.1 Centrum udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
3. Podstawą działalności leczniczej Centrum są szczególności umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz umowy zawarte z podmiotami leczniczymi lub innymi podmiotami realizującymi zadania z zakresu ochrony zdrowia.
4. Centrum nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, a także w innych przypadkach przewidzianych przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

§ 10

1. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji odbywa się z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, prewencji i promocji zdrowia.
2. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji realizuje świadczenia zdrowotne określone Ustawą

o działalności leczniczej, Ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Rozporządzeniami Ministra Zdrowia, Zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Statutem Szpitala oraz obowiązującymi w Centrum procedurami i standardami.

3. Centrum zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, laboratoryjnych, elektrokardiograficznych i innych, współdziałając w tym celu z innymi zakładami opieki zdrowotnej oraz z innymi podmiotami prowadzącymi działalność w dziedzinie ochrony zdrowia.
4. W Centrum świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń, odpowiadających wymaganiom, przewidzianym w odrębnych przepisach.
5. Zakres świadczeń związany jest ze strukturą organizacyjną Centrum, wyposażeniem i warunkami lokalowymi Centrum oraz wiedzą i umiejętnościami personelu potwierdzonymi stosownymi dokumentami.
6. W Centrum obowiązują procedury i standardy określające sposób wykonywania świadczeń, ich dokumentację, sprawozdawanie i rozliczanie, a także sposób administrowania budynkiem i zasobami szpitala oraz procedury bezpieczeństwa.
7. Czynności dokonywane przy przyjęciu pacjenta do szpitala /oddziału/ poradni określają wewnętrznie przyjęte w Centrum zasady.
   1) Świadczenia medyczne w ŚCRiP realizowane są na podstawie skierowania lekarza powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wystawionego zgodnie z zasadami zawartymi w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
   2) Wszystkie skierowania w zakresie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej po zarejestrowaniu W Sekcji Statystyki i Dokumentacji Medycznej wpisywane są do kolejki oczekujących, zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
   3) Skierowania rozpatrywane są przez Zespół ds. Oceny Przyjęć. Skierowania kwalifikowane są do leczenia zgodnie z zasadami zawartymi w w/w zarządzeniach i rozporządzeniach.
   4) Pacjent zakwalifikowany do stacjonarnego leczenia rehabilitacyjnego w ŚCRiP otrzymuje pisemną informację o zakwalifikowaniu (z podanym numerem księgi oczekujących oraz przybliżonym czasem oczekiwania).
   5) Kierownicy poszczególnych oddziałów wraz z pielęgniarkami oddziałowymi ustalają terminy przyjęcia pacjenta do ŚCRiP.
   6) Oddział wysyła zawiadomienie o terminie przyjęcia do leczenia, zawierające niezbędne informacje dotyczące przyjęcia i pobytu w ŚCRiP.
   7) W wyznaczonym terminie pacjent zgłasza się w Izbie Przyjęć, celem przyjęcia do szpitala.
   8) Wszystkie skierowania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji ambulatoryjnej po zarejestrowaniu wpisywane są do kolejki oczekujących, zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a pacjentowi wyznaczany jest termin przyjęcia.
8. W Centrum obowiązują procedury i standardy określające rodzaj prowadzonej dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania, zabezpieczania oraz udostępniania.
9. Centrum zapewnia ochronę danych, zawartych w dokumentacji medycznej na zasadach określonych Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne

rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. L 119/1 z 04.05.2016 r.), a także przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz.1781).

10. Personel medyczny, realizujący świadczenia zdrowotne, jest zobowiązany do postępowania odpowiadającego współczesnej wiedzy medycznej, do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących w Centrum standardów i procedur medycznych.
11. Komórki organizacyjne Centrum współpracują ze sobą na ustalonych zasadach w celu prawidłowego przepływu informacji, mającego wpływ na szybkość i jakość wykonywanych świadczeń oraz ich prawidłowe dokumentowanie.
12. Regulaminy oddziałów, Regulamin dla chorych oraz Regulamin odwiedzin ustalają zasady pracy oddziału i jego całodobowy harmonogram z uwzględnieniem zasad odwiedzin pacjentów, które reguluje również standard odwiedzin chorych w Centrum.
13. Prawa i obowiązki pacjenta określone w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta zawarte są w Regulaminie Pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji oraz osób odwiedzających.
14. Opieka lekarska, opieka pielęgniarska oraz usługi diagnostyczne, w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i kompletności świadczeń zdrowotnych dostępne są całodobowo dla pacjentów stacjonarnych.
15. Lekami i środkami diagnostycznymi dostępnymi w Centrum są preparaty umieszczone w Receptariuszu Szpitalnym opracowanym i aktualizowanym przez Komitet Terapeutyczny.
16. Sposób zabezpieczania i przechowywania leków określają procedury zawarte w księdze Nadzoru nad lekami i środkami medycznymi.
17. Procedury higieny szpitalnej oraz zapobieganie zakażeniom szpitalnym opracowane są w księdze procedur epidemiologicznych.
18. Zakład gromadzi i przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane o świadczeniach zdrowotnych, udzielonych poszczególnym świadczeniobiorcom w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach i umowach.
19. W przypadku konieczności przeniesienia pacjenta do innego Podmiotu Leczniczego pracownicy postępują zgodnie z przyjętymi w Centrum procedurami, regulującymi sposób postępowania oraz rodzaj obowiązującej dokumentacji.
20. Transport sanitarny, niezbędny do wykonywania świadczeń zdrowotnych, jest dostępny całodobowo, a za jego organizację odpowiedzialny jest kierownik oddziału lub lekarz dyżurny.

§ 10a

1. W Centrum, dla zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, pacjentów i innych klientów szpitala, ochrony mienia, wprowadzony jest szczególny nadzór nad częścią terenu zakładu oraz pomieszczeń w postaci środków technicznych umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).
2. Monitoringiem, o którym mowa w pkt. 1, objęte są:

a) pomieszczenia komunikacyjne Izby Przyjęć: wejście główne, hol;
b) korytarz fizykoterapii;
c) hol przed kawiarnią;
d) korytarze oddziałów na I, II, III, IV piętrze;
e) wejście i hol gospodarczy;
f) wjazd i parkingi: zewnętrzny i wewnętrzny.

3. Nagrania obrazów z monitoringu przetwarza się wyłącznie do celów, o których mowa w pkt. 1, przechowuje je na urządzeniu magazynującym w rejestracji szpitala przez okres do 3 – ch miesięcy. Po tym okresie czasu obrazy podlegają niszczeniu, o ile nie służą wyjaśnianiu spraw prowadzonych na podstawie prawa.
4. Monitoringiem mogą zostać objęte inne pomieszczenia szpitala, ogólnodostępne lub te w których udzielane są świadczenia, sale chorych, przy spełnieniu warunków określonych w pkt. 1 i z zastrzeżeniem pkt. 3.

§ 10b

1. W Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji został wdrożony i jest utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z Ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692) oraz zgodny z normą ISO 9001:2015.
2. Na wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta składają się procedury, standardowe opisy postępowania, instrukcje, w tym dotyczące zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, nadzoru nad systemem i oceny jego skuteczności wydane zarządzeniem Dyrektora.
3. W podmiocie identyfikowane są obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych w formie rocznego planu poprawy jakości, w którym określone są kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych.
4. W podmiocie monitorowana i oceniana jest jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Wyniki z monitorowania są przedstawione w czasie przeglądu zarządzania przynajmniej raz w roku.
5. Celem podnoszenia jakości udzielanych świadczeń prowadzone są cykliczne szkolenia służące uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu z zakresu jakości. Szkolenia odbywają się nie rzadziej niż raz do roku.
6. W Śląskim Centrum rehabilitacji i Prewencji prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów. Zanonimizowane badanie przeprowadza się w dniu wypisu ze szpitala, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.
7. Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiedzialny jest Kierownik podmiotu.

Rozdział VIII
Organizacja i zadania komórek organizacyjnych

§ 11

1. I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej /LKI /- liczba łóżek 76, w tym 2 łóżka Intensywnej Opieki Medycznej
   1) Do podstawowych zadań oddziału należy:
      a) Prowadzenie kompleksowej rehabilitacji pacjentów obejmującej stacjonarną, całodobową rehabilitację leczniczą w schorzeniach kardiologicznych;
      b) Nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem Sali Intensywnej Opieki Medycznej tzw. SIOM/LO/ dla wszystkich oddziałów LKII i LNR, w zakresie zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej i zabezpieczenia technicznego oraz współpraca z Kierownikiem oddziału, z którego został przeniesiony pacjent na SIOM;
      c) Monitorowanie i ciągła poprawa jakości działalności leczniczej;
      d) monitorowanie kosztów funkcjonowania oddziału, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
      e) udzielanie konsultacji specjalistycznych;
      f) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;
      g) prewencja i promocja zdrowia;
      h) porady dietetyczne;
      i) badania i terapia psychologiczna;
      j) kształcenie i szkolenie personelu medycznego;
      k) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
      l) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami powszechnie

obowiązującego prawa;

ł) pobieranie materiału do badań.

2) Za organizację i funkcjonowanie oddziału, pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik Oddziału, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

3) Na I Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej zawsze wyznaczany jest lekarz, który zastępuje Kierownika Oddziału w razie jego nieobecności.

4) Pracę personelu pielęgniarskiego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa, w uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału i Przełożoną Pielęgniarek.

5) Uchylony.

§ 12

1. II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej /LKII/ - liczba łóżek 75.
   1) Do podstawowych zadań oddziału należy:
      a) prowadzenie kompleksowej rehabilitacji pacjentów obejmującej stacjonarną, całodobową rehabilitację leczniczą w schorzeniach kardiologicznych;
      b) monitorowanie i ciągła poprawa jakości działalności leczniczej;
      c) monitorowanie kosztów funkcjonowania oddziału, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
      d) udzielanie konsultacji specjalistycznych;
      e) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;
      f) prewencja i promocja zdrowia;
      g) porady dietetyczne;
      h) badania i terapia psychologiczna;
      i) kształcenie i szkolenie personelu medycznego;
      j) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
      k) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa;
      l) pobieranie materiału do badań
   2) Za organizację i funkcjonowanie oddziału, pod względem merytorycznym, organizacyjnymi ekonomicznym odpowiada Kierownik Oddziału, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
   3) Na II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej zawsze wyznaczany jest lekarz, który zastępuje Kierownika Oddziału w razie jego nieobecności.
   4) Pracę personelu pielęgniarskiego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa, w uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału i Przełożoną Pielęgniarek.
   5) uchylony.

§ 13

1. Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu /LNR/ - liczba łóżek 42
   1) Do podstawowych zadań oddziału należy:
      a) prowadzenie kompleksowej rehabilitacji pacjentów obejmującej stacjonarną, całodobową rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu;
      b) monitorowanie i ciągła poprawa jakości działalności leczniczej;
      c) monitorowanie kosztów funkcjonowania oddziału, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
      d) udzielanie konsultacji specjalistycznych;
      e) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;
      f) prewencja i promocja zdrowia;

g) porady dietetyczne;
h) badania i terapia psychologiczna;
i) kształcenie i szkolenie personelu medycznego;
j) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
k) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa;
l) pobieranie materiału do badań.

2) Za organizację i funkcjonowanie oddziału, pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik Oddziału, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3) Na Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu może być wyznaczony Zastępca Kierownika Oddziału, który zastępuje Kierownika Oddziału w razie jego nieobecności.
4) Pracę personelu pielęgniarskiego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa, w uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału i Przełożoną Pielęgniarek.
5) uchylony.

§ 14

1. Ośrodek Rehabilitacji Dziennej/LRD/
1) Do podstawowych zadań Ośrodka należy:
a) prowadzenie ambulatoryjnej kompleksowej całodziennej rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu;
b) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu;
c) prowadzenie rejestru wykonanych świadczeń;
d) prewencja i promocja zdrowia;
e) porady dietetyczne;
f) badania i terapia psychologiczna;
g) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
h) monitorowanie kosztów funkcjonowania ośrodka, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
i) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
2) Za organizację i funkcjonowanie Ośrodka Dziennej Rehabilitacji odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 15

1. Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej /LRK/
1) Do podstawowych zadań Ośrodka należy:
a) prowadzenie ambulatoryjnej kompleksowej całodziennej rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami układu krążenia;
b) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu;
c) prowadzenie rejestru wykonanych świadczeń;
d) prewencja i promocja zdrowia;
e) porady dietetyczne;
f) badania i terapia psychologiczna;
g) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
h) monitorowanie kosztów funkcjonowania ośrodka, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
i) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
2) Za organizację i funkcjonowanie Ośrodka Dziennej Rehabilitacji Kardiologicznej odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 16

1. Poradnia Rehabilitacyjna/LR/
   1) Do podstawowych zadań Poradni Rehabilitacyjnej należy:
   a) prowadzenie lekarskiej ambulatoryjnej i domowej opieki rehabilitacyjnej w schorzeniach kardiologicznych i narządu ruchu;
   b) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
   c) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu;
   d) prewencja i promocja zdrowia;
   e) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stale dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
   f) rzetelne prowadzenie dokumentacjimedycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
   2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Rehabilitacyjnej odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 17

1. Poradnia Kardiologiczna /LC/
1) D podstawowych zadań Poradni Kardiologicznej należy:
a) Prowadzenie ambulatoryjnej kompleksowej opieki medycznej w schorzeniach kardiologicznych;
b) Orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
c) Stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu;
d) Porady dietetyczne;
e) badania i terapia psychologiczna;
f) prewencja i promocja zdrowia;
g) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stale dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
h) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Kardiologicznej odpowiada Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 18

1. Poradnia Kardiologii Dziecięcej/LCD/
1) Do podstawowych zadań Poradni Kardiologii Dziecięcej należy:
a) Prowadzenie diagnostyki i leczenie chorób układu krążenia w wieku rozwojowym;
b) Stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu;
c) Porady dietetyczne;
d) prewencja i promocja zdrowia;
e) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stale dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
f) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Kardiologii Dziecięcej odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 19

1. Poradnia Chorób Metabolicznych/LCM/
1) Do podstawowych zadań Poradni Chorób Metabolicznych należy:

a) prowadzenie diagnostyki i leczenie chorób metabolicznych, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia otyłości, zaburzeń lipidowych i zespołu metabolicznego;
b) porady dietetyczne;
c) badania i terapia psychologiczna;
d) prewencja i promocja zdrowia;
e) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
f) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Chorób Metabolicznych odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 19a

1. Poradnia Geriatryczna/LG/

1) Do podstawowych zadań Poradni Geriatrycznej należy:
a) prowadzenie kompleksowej diagnostyki geriatrycznej;
b) kierowanie do leczenia szpitalnego i zapewnienie kontynuacji leczenia poszpitalnego,
c) badania i terapia psychologiczna, z uwzględnieniem testów pamięciowych;
d) prewencja i promocja zdrowia;
e) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
f) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Geriatrycznej odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 19b

1. Poradnia Wad Postawy/LWP/

1) Do podstawowych zadań Poradni Wad Postawy należy:
a) Udzielanie porad lekarskich w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób wad postawy.
b) Edukacja rodziców w zakresie zapobiegania nabytych wad postawy.
c) Wykonywanie funkcji orzeczniczych w oparciu o obowiązujące przepisy,
d) Kierowanie pacjentów na konsultacje i inne leczenie specjalistyczne
e) Zlecanie zabiegów rehabilitacyjnych.
f) prewencja i promocja zdrowia;
g) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stale dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;
h) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Wad Postawy odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 19c

1. Poradnia Medycyny Sportowej /LMS/

1) Do podstawowych zadań Poradni Medycyny Sportowej należy:
a) Przeprowadzanie wstępnych badań dla kandydatów do uprawiania dyscyplin sportowych,
b) Orzekanie o zdolności do uprawiania sportów wyczynowych,
c) prewencja i promocja zdrowia;
d) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni, stale dążenie do racjonalizacji kosztów rehabilitacji;

e) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Poradni Medycyny Sportowej odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 19d
(uchylony)

§ 19e

1. Pielęgniarka Epidemiologiczna /LE/

1). Do podstawowych zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy:

a) Współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;

b) Nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego ŚCRiP;

c) Prowadzenie nadzoru nad procedurami epidemiologicznymi;

d) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, zasad postępowania, procedur organizacyjnych dotyczących systemu pracy w ŚCRiP;

e) współpraca ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi szpitala w zakresie ;

f) szkolenie personelu w zakresie zasad praktyki i metod kontroli zakażeń Szpitalnych.

2) Za organizację i funkcjonowanie Pielęgniarki Epidemiologicznej odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 20

1. Dział Fizjoterapii/LF/

1) Do podstawowych zadań Działu Fizjoterapii należy:

a) prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej i ogólnoustrojowej pacjentów leczonych w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji;

b) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;

c) prowadzenie rejestru wykonanych zabiegów;

d) prewencja i promocja zdrowia;

e) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Działu Fizjoterapii pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 21

1. Pracownia Psychologiczna /LPS/

1) Do podstawowych zadań Pracowni Psychologicznej należy:

a) prowadzenie kompleksowych świadczeń psychologicznych;

b) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;

c) prowadzenie rejestru wykonanych świadczeń;

d) doskonalenie metod terapeutycznych i współpraca z innymi członkami zespołu rehabilitacyjnego: lekarzem, fizjoterapeutą, pielęgniarką;

e) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Pracowni Psychologicznej pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 22

1. Pracownia Diagnostyki /LD/

1) Do podstawowych zadań Pracowni Diagnostycznej należy:

a) wykonywanie badan czynnościowych układu krążenia (próby wysiłkowe, badania holterowskie i in.) pacjentom ŚCRiP leczonym stacjonarnie i ambulatoryjnie;

b) wykonywanie badań ultrasonograficznych (UKG, USG) pacjentom ŚCRiP leczonym stacjonarnie i ambulatoryjnie;

c) wykonywanie badań czynnościowych układu oddechowego (spirometria) pacjentom ŚCRiP leczonym stacjonarnie i ambulatoryjnie;

d) prowadzenie rejestru wykonanych świadczeń;

e) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;

f) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Pracowni Diagnostycznej pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada lekarz wyznaczony przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa i bezpośrednio mu podległa.

§ 23

1. Izba Przyjęć /LJ/

1) Do podstawowych zadań Izby Przyjęć należy:

a) Przyjmowanie pacjentów do oddziałów, zgodnie z przyjętymi procedurami;

b) udzielanie wstępnych informacji związanych z pobytem pacjenta w ŚCRiP i przysługujących mu prawach;

c) przyjmowanie opłat ustalonych przez Centrum;

d) obsługa centrali telefonicznej;

e) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Za organizację i funkcjonowanie Izby Przyjęć pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik Izby Przyjęć, bezpośrednio podlegający z – cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 24

1. Sekcja ds. Dokumentacji, Statystyk i Medycznej i Poprawy jakości /LS/

1) Do podstawowych zadań sekcji należy:

a) Przyjmowanie skierowań na leczenie oraz ich rejestracja;

b) Przygotowywanie wniosków do komisji Zespołu ds. ;

c) Prowadzenie statystyki i sprawozdawczości medycznej;

d) prowadzenie analizy i rozliczeń finansowych za wykonane świadczenia zdrowotne lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego;

e) sporządzanie sprawozdań z realizacji umów i monitorowanie ich realizacji;

f) przygotowywanie ofert do postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych;

g) nadzór nad kompletowaniem dokumentacji medycznej pacjentów do archiwum;

h) prowadzenie zagadnień związanych z jakością świadczonych usług;

i) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

2) Sekcja ds. Dokumentacji, Statystyki Medycznej i poprawy jakości prowadzi Archiwum Zakładowe.

3) Za organizację i funkcjonowanie Sekcji ds. Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Poprawy jakości pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 25

1. Dział Farmacji szpitalnej /LA/

1) Do podstawowych zadań działu farmacji szpitalnej należy:

a) zaopatrywanie oddziałów szpitalnych oraz innych komórek działalności leczniczej ŚCRiP w produkty lecznicze i wyroby medyczne;

b) kontrola apteczek oddziałowych i stały nadzór nad prawidłowym przechowywaniem i dystrybucja produktów leczniczych i wyrobów medycznych pobranych z działu farmacji szpitalnej;

c) prowadzenie pełnej dokumentacji aptecznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa;

d) przygotowywanie i aktualizacja Receptariusza Szpitalnego wspólnie z Komitetem terapeutycznym;

e) udzielanie wszelkich informacji zgodnie z najnowszymi doniesieniami dotyczącymi stosowania, dystrybucji itp. produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

2) Za organizację i funkcjonowanie Działu farmacji szpitalnej pod względem organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada osoba posiadająca kwalifikacje zgodne z wymogami prawa farmaceutycznego, bezpośrednio podległa Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 26

1. Sekcja Ekonomiczno – Osobowa /KEO/

1) Do podstawowych zadań sekcji w zakresie spraw ekonomiczno–finansowych należy:

a) Prowadzenie ksiąg rachunkowych, kasy zakładowej Centrum;

b) prowadzenie spraw związanych z inwentaryzacją środków trwałych i obrotowych, wyceną składnikówmajątkowychorazrozliczaniemspisówznatury,wystawianiedrukówOTdlanowo zakupionych środków trwałych;

c) prowadzenie i ewidencja spraw pracowniczych w zakresie naliczania wynagrodzeń, ubezpieczeń społecznych oraz indywidualnego ubezpieczenia na życie i następstw nieszczęśliwych wypadków z firmami ubezpieczeniowymi;

d) przyjmowanie faktur od kontrahentów, wyciągów bankowych oraz innych dowodów księgowych dotyczących ŚCRiP, rejestracja faktur i ich opisywanie;

e) prowadzenie ewidencji w zakresie rozrachunków, przychodów, kosztów i funduszy Zakładu zgodnie z ustawą o rachunkowości i Zakładowym Planem Kont;prowadzenie rozliczeń finansowych między Zakładem a kontrahentami zewnętrznymi i Skarbem Państwa;

f) opracowywanie systemu analiz ekonomicznych działalności Zakładu, przygotowywanie materiałów informacyjnych i analitycznych ze stopnia realizacji planów;

g) sporządzanie sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymaganymi terminami;

h) tworzenie wraz zi nnymi komórkami organizacyjnymi systemu budżetowania, analiza i kontrola kosztów, planowanie, księgowanie, rozliczanie i kalkulacja kosztów.

2) Do podstawowych zadań sekcji w zakresie spraw osobowych należy:

a) Opracowywanie i realizacja polityki gospodarowania kadrami w oparciu o wytyczne polityki strategicznej Zakładu;

b) Doradztwo na rzecz kadry kierowniczej w zakresie gospodarowania kadrami;

c) W zakresie szkolenia i doskonalenia kadr:

- Rejestrowanie i analizowanie potrzeb szkoleniowych zatrudnionych w ŚCRiP;
- współpraca z zewnętrznymi jednostkami kształcenia kadr, organizacja staży i praktyk zawodowych;

- Opracowywanie zakładowych planów szkoleń i dokształcania pracowników;

d) W zakresie wynagradzania i form motywacji pracowników:
- Opracowywanie projektów planów zatrudnienia i kontrola funkcjonalna nad ich realizacją;

e) w zakresie spraw socjalno -bytowych:
- nadzór nad realizacją umów oświadczenia socjalne – pożyczki mieszkaniowe;
- udzielanie zapomóg socjalnych pracownikom i emerytom;

f) opracowywanie wewnętrznych aktów normatywnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi przełożonego;

3) Za organizację i funkcjonowanie Sekcji Ekonomiczno-Osobowej pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik w randze Głównego Księgowego, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.

§ 27

1. Dział Obsługi Szpitala/EDO/

1) Do podstawowych zadań działu należy:

a) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania wszystkich systemów i urządzeń, w tym urządzeń medycznych Centrum, remontów, modernizacji, zmian funkcji pomieszczeń;

b) prowadzenie całości spraw i procedur wynikających z przepisów prawa zamówień publicznych;

c) prowadzenie wszelkich innych czynności związanych z zawieraniem umów;

d) przyjmowanie i realizacja wniosków o dokonywanie zakupów;

e) organizowanie prac inwentaryzacyjnych majątku Centrum, prowadzenie dokumentacji związanej z ewidencją majątku Centrum,

f) w zakresie eksploatacji technicznej:
- zapewnienie wymaganego przepisami stanu technicznego i sprawności eksploatacyjnej instalacji i urządzeń;
- przeprowadzanie okresowych przeglądów obiektów i urządzeń oraz infrastruktury i elementów zagospodarowania terenu w celu określenia ich stanu technicznego;
- prawidłowe prowadzenie parkingu wraz z utrzymaniem zimowym chodników i terenów przyległych doobiektu;
- opracowanie rocznych planów remontów nieruchomości, instalacji, urządzeń isprzętu technicznego;

g) nadzór nad Sekcją Żywienia;

h)nadzór nad firmą ochroniarską;nadzór nad zadaniami sekcji informatycznej.

2) Za organizację i funkcjonowanie Działu Obsługi Szpitala, pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno -Administracyjnych.

§ 28

1. Sekcja Żywienia/OŻ/

1) Do podstawowych zadań sekcji należy:

a) wykonywanie czynności związanych z zapewnieniem wyżywienia pacjentów i pracowników Szpitala na zasadzie racjonalnej dietetyki i higieny żywienia;

b) sporządzanie planów zaopatrzenia w produkty żywnościowe w układzie miesięcznym, z przestrzeganiem zasad HACCP;

c) sporządzanie planów zakupów urządzeń i wyposażenia niezbędnego dla działalności sekcji;

d) przestrzeganie zasad oszczędności, gospodarowania i dyscypliny budżetowej;

e) opiniowanie umów zawieranych na dostawę produktów żywnościowych i udział w organizacji przetargów na ich dostawę;

f) kontrola jakości produktów żywnościowych przyjmowanych, magazynowanych i sporządzanych

głównie w zakresie przydatności i wartości odżywczych;

g) nadzorowanie stanu sanitarnego pomieszczeń, urządzeń i wyposażenia sekcji żywienia.

2) Za organizację i funkcjonowanie Sekcji Żywienia, pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik, który podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Obsługi Szpitala, a pośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych.

§ 29

1. Sekcja Informatyczna /OI/ - zadania wykonuje firma zewnętrzna

1) Zadania zapisane są w umowie z firmą zewnętrzną;

2) Bezpośredni nadzór nad zadaniami firmy zewnętrznej, wykonującą zadania Sekcji Informatycznej pełni Kierownik Działu Obsługi Szpitala.

§ 30

1. Stanowisko ds. BHP /BHP/

1) Do podstawowych zadań na stanowisku ds. BHP należy:

a) Wykonywanie zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy;

b) Realizacja szkoleń pracowników z zakresu BHP;

c) Organizowanie i prowadzenie przedsięwzięć dotyczących ryzyka zawodowego, postępowań powypadkowych, programów zapobiegania wypadkom i poprawy ergonomii pracy;

d) Prowadzenie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;

e) Sporządzanie okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bieżące informowanie pracodawcy o zagrożeniach zawodowych;

2) Stanowisko ds. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.

§ 30a

1. Stanowisko ds. Ochrony P.Poż. /P.Poż./ - zadania wykonuje firma zewnętrzna

1) Zadania zapisane są w umowie z firmą zewnętrzną;

2) Bezpośredni nadzór nad zadaniami firmy zewnętrznej pełni Kierownik Działu Obsługi Szpitala.

§ 31

1. Radca Prawny /NP/- zadania wykonuje firma zewnętrzna

1) Zadania zapisane są w umowie z firmą zewnętrzną;

2) Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.

§ 31a

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością /NJ/

1. Nadzór nad realizacją przyjętej Polityki Jakości.
2. Nadzór nad dokumentacją systemu jakości na etapie jej opracowywania, weryfikacji, aktualizacji, udostępniania i przechowywania.
3. Zgłaszanie kierownictwu wszelkich uwag, w przypadkach zagrażających jakości oraz przygotowywanie i przedstawianie kierownictwu sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu jakości oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem.
4. Pilotowanie i sterowanie szkoleniami z zakresu systemu jakości oraz innymi zapewniającymi wdrażanie i utrzymanie zasad polityki jakości, w tym nadzór nad ich przeprowadzaniem.
5. Inicjowanie działań organizacyjnych związanych z systemem jakości.
6. Wprowadzanie działań korygujących i zapobiegawczych w celu doskonalenia systemu jakości.
7. Wdrażanie zatwierdzonych procedur i instrukcji oraz sprawowanie bieżącego nadzoru nad

ich przestrzeganiem.

8. Planowanie audytów wewnętrznych i sterowanie audytami jakości.
9. Przygotowywanie niezbędnych informacji dla Dyrekcji Szpitala w sprawach przeglądów systemu jakości przeprowadzanych przez kierownictwo.
10. Aktualizacja i wdrażanie systemu jakości w przypadku zmian organizacyjnych i działań korygujących.
11. Przygotowywanie wymaganych dokumentów w celu wystąpienia do firmy certyfikującej o nadanie Szpitalowi certyfikatu potwierdzającego wdrożenie systemu jakości.
12. Współpraca z firmą certyfikującą.
13. Wnioskowanie do Dyrekcji Szpitala o wprowadzenie zmian systemowych, organizacyjnych i innych, które okażą się niezbędne do wdrożenia i utrzymania systemu jakości.
14. Działanie w imieniu Dyrektora, w sprawach systemu jakości –w tym w przypadkach ustalonych w dokumentacji systemu do wydawania poleceń i podejmowania decyzji w sprawach systemu jakości.
15. Kontaktowanie się z jednostkami zewnętrznymi i wewnętrznymi oraz podpisywanie pism wewnętrznych dotyczących systemu jakości.
16. Egzekwowanie terminów i jakości opracowań zgodnych z wymaganiami systemu jakości.
17. Przeprowadzanie przeglądów oceny postępu wdrażanego systemu jakości.
18. Zatwierdzanie procedur, formularzy oraz innych dokumentów dotyczących systemu jakości.
19. Dostępu do wszystkich dokumentów występujących w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji, w zakresie wdrożonego SZJ, których treść może być istotna z punktu widzenia funkcjonowania systemu jakości.
    Uzyskanie wyjaśnień od pracowników w zakresie realizowanych działań w ramach systemem jakości.

§ 31b

Inspektor Ochrony Danych (IOD) /NI/

1. Do ustawowych obowiązków IOD należy:
   a) Informowanie administratora oraz pracowników o obowiązkach związanych z ochroną danych osobowych obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów o ochronie danych) i doradzanie im w tej sprawie;
   b) Monitorowanie procesów przetwarzania danych osobowych zachodzących w ŚCRiP;
   c) Przeprowadzanie szkoleń z zakresu ochrony danych osobowych;
   d) Przeprowadzanie audytów;
   e) ciągłe monitorowanie operacji przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych;
   f) dokonywanie oceny skutków (analiza ryzyka) na planowe operacje związane z przetwarzaniem danych osobowych;
   g) współpraca z organem nadzorczym (chodzi o Prezesa UODO);
   h) pełnienie funkcji punktu kontaktowego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w ŚCRiP;
   i) prowadzenie rejestru czynności lub rejestru kategorii czynności.
2. Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.

§ 31c

Inspektor ds. obronnych i rezerw /NO/

1. Do podstawowych zadań Inspektora należy:

a) sporządzanie, uzgadnianie i aktualizacja dokumentacji w zakresie przygotowań podmiotu leczniczego na

potrzeby obronne państwa oraz ochrony ludności i obrony cywilnej;
b) koordynowanie przedsięwzięć realizowanych przez ŚCRiP na potrzeby obronne państwa oraz ochrony ludności i obrony cywilnej; w szczególności planowania, tworzenia, utrzymywania, ewidencjonowania i zapewniania gotowości użycia zasobów ŚCRiP niezbędnych do realizacji zadań ochrony ludności i obrony cywilnej,
c) sporządzanie wniosków dot. wyłączania pracowników od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i wojny;
d) opracowywanie i aktualizowanie dokumentacji Stałego Dyżuru ŚCRiP oraz nadzorowanie jego funkcjonowania;
e) organizowanie i prowadzenie szkoleń w celu przygotowania pracowników do realizacji zadań w sytuacjach kryzysowych, zagrożenia bezpieczeństwa oraz pełnej gotowości obronnej państwa;
f) postępowanie z dokumentami niejawnymi w oparciu o przepisy o ochronie informacji niejawnych.
2. Inspektor *ds. obronnych i rezerw podlega bezpośrednio Dyrektorowi Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.*

§ 31d

Pełnomocnik do spraw ochrony informacji niejawnych /OIN/

1. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych odpowiada za zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych.
2. Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy w szczególności:
   1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowania środków bezpieczeństwa fizycznego;
   2) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych oraz jego szacowanie;
   3) organizowanie i prowadzenie kontroli ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w tym okresowej (co najmniej raz na trzy lata) kontroli ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;
   4) prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych;
   5) prowadzenie wykazu pracowników uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych;

oraz pozostałe zadania określone w przepisach obowiązującego prawa.
3. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu.

Rozdział IX
Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 32

1. W celu zapewnienia ciągłości leczenia, pacjentom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w oddziałach i innych jednostkach organizacyjnych szpitala, Centrum współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na zasadach określonych w zawieranych z w/w podmiotami umowach cywilnoprawnych.
2. Zlecenie świadczeń innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą następuje po przeprowadzeniu konkursu na zasadach określonych w art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

3. Szpital świadczy usługi medyczne na rzecz innych pomiotów wykonujących działalność leczniczą na podstawie zawartych umów, określających rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych i usług z nimi związanych, sposób ich realizacji i zasady płatności.
4. Wykonywanie usług na rzecz pacjentów, kierowanych z innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie może ograniczać dostępu do usług medycznych pacjentom ŚCRiP oraz nie może zakłócać porządku udzielania świadczeń, przyjętego wobec pacjentów jednostek organizacyjnych Centrum.
5. Zasady bieżącej współpracy pomiędzy Centrum, a innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, dotyczące konieczności przeprowadzania konsultacji, możliwości wykonania świadczenia w innej placówce, konieczności wykonania badania diagnostycznego, itp., oparte są na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej oraz na zasadach wynikających z procedur wprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub innych płatników zlecających realizację świadczeń zdrowotnych.
6. Szpital zleca badania diagnostyczne, transport sanitarny oraz konsultacje innym usługodawcom w zakresie specjalności nie występujących w Szpitalu oraz wykonuje badania diagnostyczne, udziela konsultacji lekarskich na zlecenie innych podmiotów leczniczych.

Rozdział X
Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 33

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, a po śmierci pacjenta osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym zgodnie z warunkami określonymi w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
   a) Do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, 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;
   e) na informatycznym nośniku danych.
2. Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej opłata nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
3. Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej albo wydruku opłata nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 2.
4. Za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, opłata nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 2.
5. Wysokość opłat, o których mowa w pkt 2 – 4 stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział XI
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

1. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji, udziela odpłatnych świadczeń zdrowotnych:
   1) pacjentom, którym nie przysługują świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych;
   2) zleceniodawcom medycznym;
   3) innym niż NFZ, płatnikom świadczeń medycznych.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
   1) Indywidualnego rozliczenia z pacjentem;
   2) Umowy ze zleceniodawcą medycznym – okres rozliczenia następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia nie jest obciążony kosztami usługi;
   3) Umowy z innymi niż NFZ płatnikami świadczeń medycznych – okres rozliczenia następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie, pacjent korzystający ze świadczenia nie jest obciążany kosztami usługi.

   Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana wpłatą gotówkową za pokwitowaniem, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub kartą płatniczą.
3. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
4. Organizacja procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odpłatnego jest tożsama z organizacją opisaną w rozdziale VII.
2. Wysokość opłat, o których mowa w pkt 2 stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział XII
Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta w przypadku, o którym mowa w art. 24 ust. 1pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

§ 35

Kosz przechowywania zwłok pacjenta w chłodni do72 godzin oraz koszt transportu zwłok pacjenta do firmy zewnętrznej, świadczącej usługi przechowywania zwłok pokrywa Centrum.

1. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny jeżeli:
   1) Nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
   2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
   3) przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą lub na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
2. Za przechowywanie zwłok w chłodni powyżej 72 godziny, licząc od godziny kiedy nastąpiła śmierć pacjenta, firma zewnętrzna świadcząca usługi przechowywania zwłok pobiera opłatę od osób, instytucji, podmiotów uprawnionych do przechowywania zwłok w wysokości 123,00 zł brutto / 100,00 zł netto + 23% VAT/ za każdą rozpoczętą dobę przechowywania.
3. Informacja o śmierci pacjenta jest przekazywana zgodnie z wewnętrzną procedurą PP/34 *POSTĘPOWANIE PO ZGONIE PACJENTA.*

Rozdział XIII
Prawa i obowiązki pacjenta

§ 36

Prawa pacjenta określają przepisy powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 37

Dyrektor ustanawia na drodze zarządzenia Regulamin dla Pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji oraz osób odwiedzających Centrum.

Rozdział XIV

Skargi i wnioski

§ 38

1. Rozpatrywanie oraz załatwianie skarg i wniosków w Szpitalu odbywa się zgodnie z postanowieniami Kodeksu Postępowania Administracyjnego.
2. Skargi i wnioski mogą być składane w formie ustnej lub pisemnej.
   a) Skargi i wnioski są wnoszone i rozpatrywane przez:
   b) Dyrektora,
   c) Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Skargi i wnioski dotyczące działalności leczniczej rozpatrywane są przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa.

Rozdział XV
Postanowienia końcowe

§ 39

1. Do spraw organizacyjnych nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz postanowienia aktów wewnętrznych Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.
2. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania Zarządzenia przez Dyrektora Szpitala, po zaopiniowaniu Regulaminu przez Radę Społeczną.
3. Wszelkie zmiany do Regulaminu wprowadza się w trybie określonym w ust. 2.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – schemat organizacyjny
Załącznik nr 2 - wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej
Załącznik nr 3 – cennik opłat za świadczenia zdrowotne