Świętokrzyskie Centrum Onkologii

# REGULAMIN ORGANIZACYJNY

## Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach

**Tekst jednolity**

**Załącznik nr 1 do Uchwały nr 19/2026 Rady Społecznej**

**Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach z dnia 20 października 2026 r.**

Świętokrzyskie Centrum Onkologii

## Spis treści


CZĘŚĆ I ORGANIZACYJNA ..... 4

ROZDZIAŁ I PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA SZPITALA I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU ..... 4

ROZDZIAŁ II POSTANOWIENIA OGÓLNE ..... 4

ROZDZIAŁ III CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA ..... 6

ROZDZIAŁ IV ZARZĄDZANIE SZPITALEM ..... 7

Zasady kierowania Szpitalem ..... 7

Delegowanie uprawnień ..... 10

Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych ..... 10

Zastępca Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych ..... 11

Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych ..... 11

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa ..... 12

Zastępca Dyrektora ds. Operacyjnych ..... 13

Główny Księgowy ..... 14

Rada Społeczna ..... 15

Funkcjonowanie Szpitala ..... 15

ROZDZIAŁ V STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA ..... 17

ROZDZIAŁ VI ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ..... 22

Czas i organizacja pracy Działów ..... 22

Czas i organizacja pracy Poradni Specjalistycznych ..... 25

Czas i organizacja pracy Zakładów i Pracowni Diagnostycznych ..... 26

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL) ..... 27

Zakład Markerów Nowotworowych (ZMN) ..... 28

Zakład Mikrobiologii Klinicznej (ZMK) ..... 30

Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO) ..... 31

Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (ZMN z PET) ..... 32

Pracownia Ochrony Radiologicznej ..... 33

Zakład Diagnostyki Molekularnej (ZDM) ..... 34

Zakład Inżynierii Genetycznej ..... 35

Zakład Profilaktyki Onkologicznej ..... 35

Zakład Patologii Nowotworów (ZPN) ..... 36

Zakład Anatomii Patologicznej - Prosektorium ..... 37

Onkologiczne Centrum Rehabilitacji ..... 38

Zakład Metod Fizycznych (ZMF) ..... 38
Zakład Onkokardiologii ..... 38
Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Piersi (BreastCancer Unit) ..... 39
Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Jelita Grubego (Colorectal Cancer Unit) ..... 39
Ośrodek Koordynacji Badań Klinicznych ..... 39
Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych ..... 40
Czas i organizacja pracy pozostałych komórek organizacyjnych Pion Dyrektora ..... 40
Blok Operacyjny ..... 40
SSP ds. Sanitarno-Epidemiologicznych ..... 42
Apteka Szpitalna ..... 42
Zakład Psychoonkologii ..... 44
Centrum Badań Naukowych, Epidemiologii i Prac Badawczo-Rozwojowych ..... 45
Zakład Fizyki Medycznej (ZFM) ..... 46
Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa ..... 47
Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej ..... 48
Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych ..... 49
Kancelaria Spraw Obronnych ..... 49
Centrum Nadzoru Infrastruktury Technicznej ..... 49
Inspektor Ochrony Danych ..... 50
Dział Zarządzania Jakością ..... 51
Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji ..... 52
Sekcja ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy ..... 52
Dział Kadr ..... 53
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa ..... 54
Izba Przyjęć ..... 54
Centralna Sterylizatornia ..... 55
Pobieralnia krwi ..... 55
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Przychodni Onkologicznej ..... 56
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych ..... 56
Dział Finansowo-Księgowy ..... 56
Ewidencja Majątku i Inwentaryzacji ..... 57
Płace ..... 57
Dział Żywienia ..... 58
Dział Administracyjno-Gospodarczy ..... 58

Sekcja Obsługi Parkingu ..... 59
Archiwum Zakładowe ..... 60
Dział Transportu Wewnętrznego ..... 60
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych ..... 60
Dział Prawny ..... 60
Dział Zamówień Publicznych ..... 62
Dział Inwestycji ..... 62
Dział Techniczny ..... 63
Ciepłownia ..... 64
Dział Aparatury Medycznej ..... 64
Sekcja Ochrony Środowiska ..... 65
SSP ds. Przeciwpożarowych ..... 65
SSP ds. Zarządzania Nieruchomościami ..... 66
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Operacyjnych ..... 66
Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu ..... 66
Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ..... 67
Dział Informatyki ..... 68
CZĘŚĆ II PORZĄDKOWA ..... 69
ROZDZIAŁ VII ZAKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ..... 69
ROZDZIAŁ VIII PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ..... 69
ROZDZIAŁ IX UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NA ZASADACH KOMERCYJNYCH ..... 72
ROZDZIAŁ X PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA ..... 73
ROZDZIAŁ XI ZASADY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ..... 73
ROZDZIAŁ XII WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZ. ..... 74
ROZDZIAŁ XIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE ..... 74

# CZĘŚĆ I
# ORGANIZACYJNA

## ROZDZIAŁ I
## PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA SZPITALA I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU

§ 1.

1. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach działa na podstawie:
   1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej, zwana w dalszej części niniejszego Regulaminu „ustawą",
   2) uchwały Wojewody Kieleckiego Nr 42/90 z dnia 25 lipca 1990 r w sprawie utworzenia Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
   3) statutu – należy przez to rozumieć Statut Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach nadanego Uchwałą nr LIII/647/22 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 listopada 2022 r. oraz Uchwałą nr LXII/777/23 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 29 sierpnia 2023 r. o zmianie uchwały w sprawie nadania statutu Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
   4) innych przepisów prawa dotyczących ochrony zdrowia.
2. Regulamin Organizacyjny Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach został stworzony na podstawie art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej.

## ROZDZIAŁ II
## POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 2.

1. Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:
   1) **Dyrektorze** – należy przez to rozumieć powoływanego przez Organ Założycielski Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
   2) **Szpitalu** – należy przez to rozumieć Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach,
   3) **Statucie** – należy przez to rozumieć Statut Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach nadanego Uchwałą nr LIII/647/22 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 listopada 2022 r. oraz Uchwałą nr LXII/777/23 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 29 sierpnia 2023 r. o zmianie uchwały w sprawie nadania statutu Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
   4) **Podmiocie tworzącym** – należy przez to rozumieć Województwo Świętokrzyskie,
   5) **Komórce organizacyjnej** – należy przez to rozumieć wyodrębnioną w schemacie organizacyjnym strukturę organizacyjną Szpitala,

6) **Kierowniku komórki organizacyjnej** – należy przez to rozumieć kierownika wyodrębnionej w schemacie organizacyjnym struktury organizacyjnej Szpitala,
7) **Klinice** – należy przez to rozumieć zespół komórek organizacyjnych Szpitala, obejmujący działy, poradnie, zakłady, pracownie,
8) **Dziale/Zakładzie** – należy przez to rozumieć wyodrębnioną komórkę organizacyjną Szpitala z zakresu lecznictwa stacjonarnego lub ambulatoryjnego,
9) **Świadczeniu opieki zdrowotnej** – należy przez to rozumieć działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania,
10) **Polityce zarządzania jakością** – należy przez to rozumieć działania uwzględniające misję i cele strategiczne Szpitala, ukierunkowane na podnoszenie jakości realizowanych przez Szpital zadań, minimalizowanie negatywnego oddziaływania na środowisko, poprawę bezpieczeństwa i higieny pracy, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa informacji.

§ 3.

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

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

2. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala. Zapisy Regulaminu wymagają zaopiniowania przez Radę Społeczną Szpitala. Zmiana Regulaminu Organizacyjnego wymaga zachowania procedury właściwej przy jego uchwaleniu, z wyjątkiem cenników, stanowiących załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
3. Każdy pracownik Szpitala zobowiązany jest do zapoznania się z zapisami Regulaminu, przestrzegania ich i stosowania w czasie wykonywanych obowiązków. Obowiązek ten ciąży także na osobach świadczących dla Szpitala usługi na podstawie umów cywilnoprawnych.
4. Regulamin Organizacyjny w formie papierowej znajduje się w Dziale Prawnym, sekretariacie Dyrektora, Zastępców oraz sekretariatach komórek organizacyjnych, a w formie elektronicznej na stronie internetowej http://bip2.onkol.kielce.pl w zakładce Struktura Organizacyjna i Regulamin.

## ROZDZIAŁ III
## CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA

§ 4.

1. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie.
2. Siedziba Świętokrzyskiego Centrum Onkologii znajduje się w Kielcach, przy ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, 25-734 Kielce.
3. Obszarem działalności Szpitala jest w szczególności województwo świętokrzyskie.

§ 5.

1. Podstawowym celem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach jest prowadzenie działalności leczniczej, polegającej na udzielaniu stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych, innych niż szpitalne świadczeń obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz świadczeń ambulatoryjnych. Do podstawowych celów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii należy także samodzielne prowadzenie w sposób ciągły badań podstawowych, badań przemysłowych lub eksperymentalnych prac rozwojowych oraz rozpowszechnianie ich wyników poprzez działalność dydaktyczną, publikacje lub transfer wiedzy, a także tworzenie warunków dla rozwoju innowacyjnych metod badawczych w leczeniu pacjentów.
2. Szpital udziela świadczeń opieki zdrowotnej osobom dorosłym oraz dzieciom.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Szpital zobowiązany jest udzielić świadczeń zdrowotnych każdej osobie w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.
5. Dla realizacji celów wskazanych w § 5 ust. 1 w Szpitalu udzielane są świadczenia zdrowotne w następującym zakresie:

1) leczenie i pielęgnowanie pacjentów w oddziałach całodobowych i oddziałach dziennych,
2) badania i porady ambulatoryjne,
3) badania diagnostyczne, w szczególności w zakresie markerów nowotworowych, hormonów i enzymów, mammografii, ultrasonografii, tomografii komputerowej, RTG, rezonansu magnetycznego, scyntygrafii, pozytonowej tomografii emisyjnej oraz badań strukturalnych narządów wewnętrznych,
4) podawanie lub wydawanie, do samodzielnego przyjmowania w domu, leków przeciwnowotworowych,
5) rehabilitacja lecznicza,
6) opieka lekarska psychiatryczna i psychologiczna,
7) opieka paliatywno-hospicyjna pacjenta, będącego w terminalnym okresie choroby nowotworowej,
8) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Szpitala,
9) działania profilaktyczne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia.

6. Szpital prowadzi następujące rodzaje działalności leczniczej:
   1) Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych,
   2) Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
   3) Zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż szpitalne.
7. Szpital na podstawie umów zawartych z medycznymi uczelniami wyższymi prowadzi szkolenie przeddyplomowe w zawodach medycznych oraz pokrewnych.
8. Szpital na podstawie odrębnych przepisów prowadzi szkolenie podyplomowe w zawodach medycznych oraz pokrewnych.
9. Szpital może prowadzić badania przemysłowe lub eksperymentalne prace rozwojowe oraz rozpowszechniać ich wyniki poprzez działalność dydaktyczną, publikacje lub transfer wiedzy, a także tworzyć warunki dla rozwoju innowacyjnych metod badawczych w leczeniu pacjentów.
10. Szpital realizuje zadania wynikające z ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz innych ustaw szczególnych.

## ROZDZIAŁ IV
## ZARZĄDZANIE SZPITALEM

### Zasady kierowania Szpitalem

§ 6.

1. Dyrektor kieruje i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
3. Dyrektor jest zwierzchnikiem wszystkich pracowników Szpitala.
4. W przypadku nieobecności Dyrektora, jego zadania realizują upoważnieni odrębnym pełnomocnictwem Zastępcy Dyrektora.
5. Lekarzem dyżurnym Szpitala jest lekarz dyżurny Kliniki Chirurgii Onkologicznej, na zasadach określonych w obowiązujących aktach wewnętrznych.

§ 7.

1. Dyrektor Szpitala poprzez sprawowanie powierzonej funkcji zapewnia w szczególności:
   1) wytyczenie kierunków i realizację strategii rozwoju Szpitala,
   2) koordynację działań wszystkich komórek i jednostek Szpitala w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
   3) realizację polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
   4) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
   5) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji zadań statutowych,
   6) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
   7) sprawowanie ogólnego kierownictwa i nadzoru nad realizacją zadań wykonywanych w ramach powszechnego obowiązku obrony.
2. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne w postaci: zarządzeń, decyzji, instrukcji, komunikatów.
3. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
   1) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
   2) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
   3) przyznawania premii i zmiany wynagrodzeń pracowniczych,
   4) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
4. Dyrektor zawiera umowy cywilnoprawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
5. Dyrektor sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio mu podległych.
6. Dyrektor Szpitala może udzielać pełnomocnictw do określonych czynności, w szczególności do zawierania umów z podmiotami zewnętrznymi.

§ 8.

1. Dyrektor bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy:
   1) Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych,
   2) Zastępca Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych,
   3) Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych,
   4) Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
   5) Zastępca Dyrektora ds. Operacyjnych,
   6) Główny Księgowy,
   7) Klinika Onkologii Klinicznej,
   8) Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku,
   9) Klinika Chirurgii Onkologicznej,
   10) Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej,
   11) Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi,
   12) Klinika Ginekologii,
   13) Klinika Urologii,
   14) Klinika Endokrynologii,
   15) Klinika Radioterapii,
   16) Dział Diagnozy i Terapii Gastroenterologicznej,
   17) Dział Brachyterapii i Hipertermii,

18) Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
19) Blok Operacyjny,
20) Zakład Diagnostyki Obrazowej,
21) Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej,
22) Klinika Medycyny Paliatywnej,
23) Zakład Onkokardiologii,
24) Centrum Badań Naukowych, Epidemiologii i Prac Badawczo-Rozwojowych,
25) Zakład Patologii Nowotworów,
26) Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
27) Zakład Markerów Nowotworowych,
28) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
29) Zakład Diagnostyki Molekularnej,
30) Zakład Inżynierii Genetycznej,
31) Zakład Fizyki Medycznej,
32) Zakład Metod Fizycznych,
33) Onkologiczne Centrum Rehabilitacji,
34) Zakład Psychoonkologii,
35) Apteka Szpitalna,
36) Przychodnia Onkologiczna,
37) Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Piersi (Breast Cancer Unit),
38) Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Jelita Grubego (Colorectal Cancer Unit),
39) Zakład Profilaktyki Onkologicznej,
40) Poradnia Profilaktyki Zakładowej,
41) Wielodyscyplinarne Zespoły Terapeutyczne,
42) Ośrodek Koordynacji Badań Klinicznych,
43) Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (OnkoCWBK),
44) Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji,
45) Zakład Dydaktyczno-Naukowy,
46) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa,
47) Dział Zarządzania Jakością,
48) Dział Kadr,
49) Inspektor Ochrony Danych,
50) Centrum Nadzoru Infrastruktury Technicznej,
51) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
52) Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej,
53) Kancelaria Spraw Obronnych,
54) SSP ds. Sanitarno-Epidemiologicznych,
55) Sekcja ds. BHP,
56) Filie i Ośrodki Zamiejscowe.

## Delegowanie uprawnień

§ 9.

1. W ramach delegowania uprawnień Dyrektor powołuje swoich zastępców w odpowiednich pionach działalności:
   1) Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych,
   2) Zastępca Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych,
   3) Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych,
   4) Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
   5) Zastępca Dyrektora ds. Operacyjnych.
2. Decyzją Dyrektora w Szpitalu tworzy się następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
   1) Kierownicy (oraz ich zastępcy) Klinik/Działów medycznych, funkcjonujących w ramach Zintegrowanego Systemu Opieki nad Pacjentem,
   2) Kierownicy Klinik/Działów/Zakładów/Sekcji lub innych równorzędnych komórek organizacyjnych Szpitala,
   3) Koordynatorzy ds. Pielęgniarstwa oraz ich zastępcy,
   4) Pełnomocnicy Dyrektora.

## Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych

§ 10.

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
   1) Dział Żywienia,
   2) Dział Administracyjno-Gospodarczy,
   3) Sekcję Obsługi Parkingu,
   4) Archiwum Zakładowe,
   5) Dział Transportu Wewnętrznego.
2. Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych nadzoruje Głównego Księgowego w zakresie merytorycznym.

§ 11.

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych należy w szczególności:
   1) koordynacja i prawidłowa organizacja pracy w zakresie zagadnień finansowo - administracyjnych w Szpitalu,
   2) nadzór nad terminowym sporządzaniem obowiązującej sprawozdawczości,
   3) kontrola realizacji zaleceń pokontrolnych jednostki nadrzędnej i innych organów kontrolnych w komórkach organizacyjnych podległego pionu,
   4) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, wynikających z opracowanych planów.

## Zastępca Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych

§ 12.

1. Zastępca Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
   1) Dział Prawny,
   2) Dział Zamówień Publicznych,
   3) Dział Inwestycji,
   4) Dział Techniczny,
   5) Sekcja Ochrony Środowiska,
   6) SSP ds. Przeciwpożarowych,
   7) SSP ds. Zarządzania Nieruchomościami,
   8) Dział Aparatury Medycznej.
2. Zastępca Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych nadzoruje Dział Kadr w zakresie merytorycznym.

§ 13.

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Prawno – Inwestycyjnych należy w szczególności:
   1) koordynacja oraz organizacja pracy w zakresie zagadnień prawno-inwestycyjnych w Szpitalu,
   2) podejmowanie decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem powierzonymi komórkami organizacyjnymi, z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej kompetencji Dyrektora,
   3) nadzór nad prowadzonymi remontami oraz inwestycjami,
   4) wykonywanie zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii wynikających z opracowanych planów.

## Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych

§ 14.

1. Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych sprawuje merytoryczny nadzór nad Klinikami, Działami, Zakładami, Poradniami wchodzącymi w skład działalności podstawowej leczniczej.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych należy w szczególności:
   1) nadzorowanie i koordynowanie pracy Klinik, Działów, Zakładów i Poradni w zakresie działalności leczniczej,
   2) przeprowadzenie Szpitala przez proces wdrożenia organizacyjnego do krajowej sieci pilotażu oraz krajowej sieci onkologicznej,
   3) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzana kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii wynikających z opracowanych planów.

## Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

§ 15.

1. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa sprawuje służbowy i merytoryczny nadzór nad pracownikami zatrudnionymi na stanowiskach:
   1) Koordynatorów ds. Pielęgniarstwa i ich Zastępców,
   2) Pielęgniarki i Położne we wszystkich komórkach organizacyjnych Centrum oraz na samodzielnych stanowiskach pracy,
   3) Koordynatorzy pacjenta onkologicznego,
   4) Pracowników gospodarczych i technicznych w podległych komórkach organizacyjnych.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa organizacyjnie podlegają:
   1) Izba Przyjęć (Recepcja) wraz z Depozytem,
   2) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Przychodni Onkologicznej,
   3) Gabinety Pobrań Krwi,
   4) Centralna Sterylizatornia z Centralną Stacją Łóżek.

§ 16.

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy w szczególności:
   1) współudział w zarządzaniu Centrum, udział w tworzeniu misji i określeniu celów strategicznych oraz planowaniu zadań,
   2) opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego i innego podległego personelu, udział w planowaniu strategicznym i operacyjnym poprzez wyznaczanie dla podległych pracowników celów i zadań,
   3) planowanie zatrudnienia na podległych stanowiskach pracy, ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności, uprawnień oraz kwalifikacji dla pracowników na poszczególnych stanowiskach w podległym pionie,
   4) ustalanie rodzaju i zakresu świadczeń pielęgniarskich w obszarze działania Centrum oraz zapewnienie możliwości realizacji kompleksowych świadczeń medycznych przez pielęgniarki/położne w opiece nad pacjentem,
   5) koordynowanie, organizacja i monitorowanie przebiegu realizacji zadań w podległych komórkach organizacyjnych,
   6) nadzór i ocena kompleksowej opieki świadczonej przez kadrę pielęgniarek i położnych oraz innych podległych pracowników, stosowanych metod pracy, wyposażenia i obsługi stanowisk pracy,
   7) koordynacja świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne z przedstawicielami innych zawodów medycznych oraz pracownikami jednostek organizacyjnych zaangażowanych w proces promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów,
   8) tworzenie warunków i koordynowanie współdziałania komórek organizacyjnych działalności podstawowej, pomocniczej i administracyjnej w celu zapewnienia prawidłowej realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,

9) diagnozowanie i wskazywanie możliwych rozwiązań problemów organizacyjnych Centrum, stanowiących ryzyko dla prawidłowego sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem oraz funkcjonowania podległych komórek. Koordynowanie opracowywania i zatwierdzanie standardów i procedur opieki pielęgniarskiej w działalności medycznej oraz współpraca w przygotowaniu i wdrażaniu procedur instrukcji, algorytmów postępowania dotyczących realizowanych zadań i funkcjonowania komórek organizacyjnych Centrum,
10) opracowywanie i nadzór, wdrażanie i aktualizacja wzorów dokumentacji opieki pielęgniarskiej i innych niezbędnych dokumentów w komórkach organizacyjnych,
11) integracja działań w zakresie planowania, organizacji i przebiegu doskonalenia zawodowego pracowników,
12) prognozowanie, szacowanie potrzeb w zakresie wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, wyroby medyczne, materiały zużywalne, na stanowiskach pracy i ośrodkach realizacji świadczeń zdrowotnych, udział w procedurach zamówień publicznych,
13) opracowanie, opiniowanie, zatwierdzanie dokumentów w tym: planów, harmonogramów, zapotrzebowań, wniosków, sprawozdań i administracji kadrowej,
14) udział w zewnętrznych i wewnętrznych kontrolach, koordynowanie realizacji, ewentualnych zaleceń, postanowień, decyzji i nakazów pokontrolnych,
15) promowanie i utrzymywanie wizerunku zawodów pielęgniarki i położnej, przygotowywanie referatów i publikacji na tematy zawodowe, udział w konferencjach naukowo-szkoleniowych,
16) koordynacja działań w zakresie zapewnienia zgodnego z założeniami programowymi przebiegu procesu dydaktycznego uczestnikom kształcenia przed i podyplomowego na podstawie bilateralnych umów z podmiotami kształcącymi,
17) udział w badaniach naukowych, tworzenie warunków do prowadzenia projektów badawczych, wdrażanie zdobyczy naukowych do praktyki klinicznej na stanowiskach pracy,
18) współpraca z organizacjami, stowarzyszeniami, korporacjami zawodów medycznych, organami administracji, zespołami konsultantów w dziedzinach medycznych w zakresie m. in. legislacji, organizacji systemu ochrony zdrowia, zintegrowanych systemów zarządzania jakością, doskonalenia kwalifikacji pracowników, warunków pracy,
19) współpraca z grupami wsparcia zorganizowanymi w towarzystwach, stowarzyszeniach i lokalnych grupach pomocy na rzecz pacjentów,
20) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzana kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii wynikających z opracowanych planów.

## Zastępca Dyrektora ds. Operacyjnych

§ 17.

1. Zastępca Dyrektora ds. Operacyjnych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
   1) Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu,
   2) Dział Kontraktowania Rozliczeń i Statystyki Medycznej,
   3) Dział Informatyki.

2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Operacyjnych należy w szczególności:
   1) nadzór nad kontraktowaniem i rozliczaniem świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia,
   2) monitowanie wyniku finansowego oraz kontrola poszczególnych ośrodków kosztów,
   3) nadzór nad rachunkowością zarządczą i controlling,
   4) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, wynikających z opracowanych planów,
   5) nadzór nad planowaniem, organizacją i kontrolą działań w obszarze IT.

## Główny Księgowy

§ 18.

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi oraz merytorycznie Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych.
2. Główny Księgowy bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne, stanowiska pracy:
   1) Dział Finansowo-Księgowy, w tym:
      a) Ewidencja Majątku i Inwentaryzacji,
      b) Płace.

§ 19.

1. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
   1) koordynacja i nadzór nad działalnością Szpitala w zakresie finansowego planowania, sprawozdawczości, analiz oraz organizacji pracy w podległych komórkach organizacyjnych,
   2) prowadzenie księgowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zapewniającymi właściwe sporządzanie i obieg dokumentów, ochronę mienia i rzetelne terminowe sporządzanie sprawozdawczości,
   3) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala w sposób zapewniający prawidłowe rozliczenia pieniężne, ochronę wartości pieniężnych, terminowe ściąganie należności oraz spłatę zobowiązań, analiza wykorzystania środków finansowych będących w dyspozycji Szpitala,
   4) przeprowadzanie wstępnej kontroli dokumentów księgowych, polegającej na badaniu ich celowości, legalności, rzetelności i prawidłowości, akceptacja tych dokumentów,
   5) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych, dotyczących prowadzenia księgowości, a zwłaszcza: zakładowego planu kont, obiegu dokumentów, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji,
   6) sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej, zgodnej z obowiązującymi przepisami,
   7) sporządzanie sprawozdawczości dla jednostek zewnętrznych,
   8) pełnienie nadzoru nad przestrzeganiem dyscypliny finansów publicznych,
   9) ponadto Główny Księgowy w zakresie swoich prac winien wykonywać inne prace zlecone przez Dyrektora Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala, w zakresie realizacji powierzonych mu zadań.

## Rada Społeczna

§ 20.

1. Rada Społeczna jest organem opiniodawczym i inicjującym Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Rada Społeczna przedstawia swoje stanowisko w formie uchwał. Od uchwały Rady Społecznej Dyrektorowi przysługuje odwołanie do podmiotu tworzącego.
3. Rada Społeczna składa się z sześciu osób, w skład której wchodzą:
   1) jako przewodniczący – Marszałek Województwa Świętokrzyskiego lub jego przedstawiciel,
   2) jako członkowie:
      a) przedstawiciel Wojewody Świętokrzyskiego,
      b) przedstawiciele wyłonieni przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego (w liczbie 3 osób),
      c) przedstawiciel uczelni medycznej.
4. Skład Rady Społecznej zatwierdza się uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego.
5. Kadencja Rady Społecznej upływa z dniem powołania nowej Rady Społecznej przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego.
6. Przewodniczącemu Rady Społecznej przysługuje prawo do wnioskowania o odwołanie członka Rady lub powołanie nowego.
7. Członkiem Rady Społecznej nie może być pracownik Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

§ 21.

Zadania Rady Społecznej określa szczegółowo ustawa i Regulamin Rady Społecznej.

§ 22.

1. Decyzją Dyrektora dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komitetów, komisji lub zespołów w zależności od potrzeb.
2. Zespoły, o których mowa w ust. 1 są powoływane Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonywania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.
3. Składy oraz zakres wykonywanych czynności komitetów i zespołów o których mowa w ust. 1 określają właściwe zarządzenia Dyrektora.

## Funkcjonowanie Szpitala

§ 23.

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub w odpowiedniej umowie cywilnoprawnej.
2. Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mają ubezpieczeni oraz inne osoby, uprawnione do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.

3. Szpital może udzielać odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom, którzy nie potwierdzili prawa do świadczeń w sposób określony w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub w inny prawem przewidziany sposób. Zasady udzielania świadczeń w/w osobom reguluje aktualne Zarządzenie Dyrektora.
4. Szpital może udzielać świadczeń zdrowotnych obcokrajowcom odpłatnie lub nieodpłatnie, zgodnie z umowami międzynarodowymi i regulacjami Unii Europejskiej, na zasadach określonych odrębnymi przepisami.
5. Szczegółowy zakres wykonywania świadczeń zdrowotnych określają umowy z dysponentami publicznych środków finansowych oraz z innymi podmiotami, jak również aktualne Zarządzenia Dyrektora.

§ 24.

1. Cenniki usług medycznych i niemedycznych sporządzane są corocznie na dany rok i aktualizowane w ciągu roku w zależności od potrzeb.
2. Aktualne cenniki podawane są do wiadomości pacjentów.

§ 25.

Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism oraz używanie pieczęci określa instrukcja kancelaryjna ustalona przez Dyrektora.

§ 26.

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala zatwierdzony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi.
2. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez wszystkie osoby personelu Szpitala (zarówno pracowników jak i osoby świadczące dla Szpitala usługi na podstawie odrębnych umów).

§ 27.

1. W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych Dyrektor Szpitala może określić, zgodnie z obowiązującymi przepisami i umowami:
   1) zasady postępowania medycznego, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji,
   2) standardy udzielania świadczeń, a w szczególności: normy zagęszczenia łóżek, likwidacji uchybień budowlanych, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikację personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,
   3) standardy organizacji i zarządzania Szpitalem, a w szczególności: bezpieczeństwa ppoż., zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,

4) zasady realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie zawartych umów z płatnikami.

## ROZDZIAŁ V
## STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA

§ 28.

1. Strukturę organizacyjną Szpitala określa schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Podział komórek organizacyjnych Szpitala według zarejestrowanego zakładu leczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r., w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 29.

1. Wewnętrznymi komórkami organizacyjnymi Szpitala są Kliniki, Działy, Zakłady, Sekcje, Przychodnia Onkologiczna, Poradnie, inne komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy utworzone z uwzględnieniem:
   1) charakteru zadań i udzielanych świadczeń,
   2) potrzeb i warunków miejscowych,
   3) wymogów ekonomicznego funkcjonowania Szpitala i racjonalnego tworzenia struktury organizacyjnej.
2. Integralną część Klinik/Działów, stanowią Działy (oddziały) oraz Poradnie Specjalistyczne podległe Kierownikowi Kliniki/Działu. Specjalistyczne poradnie medyczne nie stanowiące integralnej części Klinik/Działu są podporządkowane Kierownikowi Przychodni Onkologicznej.
3. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest:
   1) Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach przy ulicy Artwińskiego 3, 25-734 Kielce,
   2) Filie i Ośrodki Zamiejscowe:
      a) Filia w Opatowie ul. Juliusza Słowackiego 13, 27-500 Opatów.

§ 30.

1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą piony:
   1) działalności podstawowej medycznej,
   2) działalności pomocniczej, w tym administracyjnej, technicznej i obsługi.
2. W skład komórek podstawowej działalności medycznej wchodzą:
   1) Izba Przyjęć (Recepcja),
   2) Klinika Onkologii Klinicznej, w tym:
      a) Dział Chemioterapii,
      b) Ośrodek Chemioterapii Dziennej,
      c) Poradnia Chemioterapii;
   3) Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku, w tym:
      a) Dział Hematologii, Transplantacji Szpiku i Immunologii Klinicznej, w tym,
         - Bank Komórek Krwiotwórczych

b) Poradnia Hematologii i Nowotworów Krwi, w tym:
   - Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Hematologii i Nowotworów Krwi;
c) Zakład Immunologii Klinicznej, w tym:
   - Poradnia Immunologii i Zaburzeń Odporności,
   - Laboratorium Zakładu Immunologii Klinicznej;
d) Laboratoria Naukowe i Diagnostyczne,
e) Kliniczny Zakład Inżynierii Genetycznej;

4) Klinika Chirurgii Onkologicznej, w tym:
   a) Dział Chirurgii Onkologicznej,
   b) Poradnia Chirurgii Onkologicznej, w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Onkologicznej
   c) Poradnia Proktologiczno-Stomijna, w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Proktologiczno – Stomijnej;
5) Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Piersi (Breast Cancer Unit), w tym:
   a) Poradnia Chorób Piersi;
6) Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, w tym:
   a) Dział Chirurgii Klatki Piersiowej,
   b) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej, w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej,
   c) Pracownia Spirometrii,
   d) Pracownia Broncho-Ezofagoskopii;
7) Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, w tym:
   a) Dział Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi,
   b) Poradnia Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi,
   c) Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej, w tym :
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej,
   d) Poradnia Logopedyczna;
8) Klinika Urologii, w tym:
   a) Dział Urologii,
   b) Poradnia Urologiczna, w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Urologicznej,
   c) Pracownia Urodynamiczna;
9) Klinika Ginekologii, w tym:
   a) Dział Ginekologii,
   b) Poradnia Ginekologiczna z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych (Cytomammobus) , w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Ginekologicznej,
   c) Poradnia Onkologiczna – Ginekologii Onkologicznej, w tym:
      - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Onkologicznej – Ginekologii Onkologicznej;
10) Dział Brachyterapii i Hipertermii, w tym:
   a) Dział Brachyterapii,

b) Zakład Brachyterapii,
c) Poradnia Brachyterapii;

11) Klinika Radioterapii, w tym:
a) Dział Radioterapii,
b) Zakład Radioterapii,
c) Poradnia Radioterapii, w tym:
- Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Radioterapii;

12) Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w tym:
a) Dział Intensywnej Terapii,
b) Ośrodek Wybudzeniowy,
c) Konsultacyjna Poradnia Anestezjologiczna,
d) Zakład Anestezjologii;

13) Klinika Endokrynologii, w tym:
a) Dział Endokrynologii,
b) Poradnia Endokrynologiczna,
c) Poradnia Chorób Metabolicznych,
d) Dział Medycyny Nuklearnej,
e) Poradnia Medycyny Nuklearnej,
f) Pracownia Diagnostyki i Leczenia Radiojodem;

14) Klinika Medycyny Paliatywnej, w tym:
a) Dział Medycyny Paliatywnej,
b) Poradnia Medycyny Paliatywnej,
c) Hospicjum Domowe;

15) Dział Diagnozy i Terapii Gastroenterologicznej, w tym:
a) Zespół Dziennej Opieki Gastroenterologicznej,
b) Poradnia Gastroenterologiczna,
c) Pracownia Endoskopii;

16) Blok Operacyjny,

17) Zakład Profilaktyki Onkologicznej, w tym:
a) Mobilna Pracownia Badań Diagnostycznych (Cytomammobus),
b) Mobilne Pracownie Badań;

18) Przychodnia Onkologiczna, w tym:
a) Poradnia Onkologiczna, w tym:
– Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Onkologicznej,
– Gabinet Pierwszorazowy,
– Koordynatorzy pacjenta onkologicznego,
– Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Przychodni Onkologicznej,
– Gabinet Prehabilitacyjny;
b) Poradnia Diabetologiczna,
c) Poradnia Dermatologiczna, w tym:
– Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Dermatologicznej,
d) Poradnia Genetyczna,
e) Konsultacyjna Poradnia Neurologiczna,
f) Konsultacyjna Poradnia Internistyczna;

19) Poradnia Profilaktyki Zakładowej,

20) Pobieralnia Krwi,
21) Zakład Markerów Nowotworowych,
22) Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
23) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, w tym:
    a) Punkt Dystrybucji Składników Krwi;
24) Zakład Patologii Nowotworów, w tym:
    a) Zakład Anatomii Patologicznej – Prosektorium,
    b) Pracownia Biopsji Cienkoigłowej,
    c) Pracownia Histopatologiczna,
    d) Pracownia Immunohistochemii;
25) Zakład Onkokardiologii, w tym:
    a) Poradnia Kardiologiczna,
    b) Gabinet Diagnostyki Serca i Chorób Układu Krążenia;
26) Zakład Psychoonkologii, w tym:
    a) Poradnia Pomocy Psychologicznej,
    b) Poradnia Zdrowia Psychicznego,
    c) Pracownia Terapii Zajęciowej,
    d) Pracownik Socjalny;
27) Zakład Diagnostyki Obrazowej, w tym:
    a) Pracownia TK,
    b) Pracownia MR,
    c) Pracownia USG,
    d) Pracownia MM
    e) Pracownia Mammotomiczna,
    f) Pracownia RTG;
28) Zakład Fizyki Medycznej,
29) Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej, w tym:
    a) Pracownia Scyntygrafii,
    b) Pracownia PET,
    c) Pracownia Ochrony Radiologicznej;
30) Zakład Diagnostyki Molekularnej,
31) Zakład Inżynierii Genetycznej,
32) Onkologiczne Centrum Rehabilitacji, w tym
    a) Zakład Rehabilitacji,
    b) Dział Fizjoterapii,
    c) Ośrodek Rehabilitacji Dziennej,
    d) Poradnia Rehabilitacji,
    e) Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego;
33) Apteka Szpitalna,
34) Zakład Metod Fizycznych,
35) Centrum Badań Naukowych, Epidemiologii i Prac Badawczo – Rozwojowych, w tym:
    a) Świętokrzyskie Biuro Rejestracji Nowotworów;
36) Zakład Dydaktyczno-Naukowy,
37) Centralna Sterylizatornia, w tym:
    a) Centralna Stacja Łóżek;

38) Ośrodek Koordynacji Badań Klinicznych,
39) Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (OnkoCWBK),
    a) Poradnia Onkologicznego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych;
40) Wielodyscyplinarne Zespoły Terapeutyczne,
41) Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Sanitarno-Epidemiologicznych,
42) Filie i Ośrodki Zamiejscowe,
43) Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Jelita Grubego (Colorectal Cancer Unit).

3. W skład działalności pomocniczej wchodzą:
   1) Dział Finansowo - Księgowy, w tym:
      a) Ewidencja Majątku i Inwentaryzacji,
      b) Płace;
   2) Dział Prawny,
   3) Dział Kadr,
   4) Dział Inwestycji,
   5) Dział Zamówień Publicznych,
   6) Dział Informatyki,
   7) Dział Zarządzana Jakością,
   8) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa,
   9) Centrum Nadzoru Infrastruktury Technicznej,
   10) Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej,
   11) Kancelaria Spraw Obronnych,
   12) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
   13) Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Przeciwpożarowych,
   14) Inspektor Ochrony Danych,
   15) Samodzielne Stanowisko ds. Zarządzania Nieruchomościami,
   16) Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji,
   17) Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu,
   18) Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej,
   19) Dział Administracyjno-Gospodarczy, w tym:
      a) Zespół Zaopatrzenia,
      b) Sekcja Utrzymania Czystości,
      c) Sekcja Gospodarcza,
      d) Kancelaria,
      e) Punkt Przyjmowania i Rozdziału Bielizny,
      f) Szwalnia;
   20) Dział Techniczny, w tym:
      a) Ciepłownia;
   21) Dział Żywienia,
   22) Sekcja ds. BHP,
   23) Sekcja Obsługi Parkingu,
   24) Sekcja Ochrony Środowiska,
   25) Archiwum Zakładowe,
   26) Dział Aparatury Medycznej,
   27) Dział Transportu Wewnętrznego.

## ROZDZIAŁ VI
## ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§ 31.

1. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
   1) realizacja zadań Szpitala i celu, dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
   2) dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność pracy.

§ 32.

Celem współdziałania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach jest usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych, prawidłowa realizacja zadań statutowych oraz integracja działań komórek organizacyjnych.

### Czas i organizacja pracy Działów

§ 33.

1. Dział jest podstawową komórką organizacyjną działalności Szpitala.
2. Dyrektor określa ilość Działów wraz z ich strukturą wewnętrzną i liczbą łóżek.

§ 34.

1. Rozkład pracy personelu medycznego Działu zapewnia całodobową i kompleksową opiekę medyczną nad pacjentem.
2. Rozkład pracy lekarzy w Dziale ustala Kierownik Kliniki/Działu w porozumieniu z Dyrektorem.
3. Rozkład pracy pozostałego personelu w Dziale ustala Koordynator ds. Pielęgniarstwa w porozumieniu z Kierownikiem Kliniki/Działu i Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 35.

W Działach Kliniki Ginekologii, Kliniki Urologii, Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi oraz w Dziale Brachyterapii i Hipertermii funkcjonują wydzielone sale zabiegowe o podwyższonym standardzie higieniczno – sanitarnym, które nie wchodzą w skład Bloku Operacyjnego, a stanowią jedynie część Działów Szpitala i są podporządkowane Kierownikowi właściwej Kliniki.

§ 36.

1. Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad pacjentami w Dziale jest dostosowany do specyfiki leczonych pacjentów, jest opracowany i zatwierdzony przez kierownika Kliniki/Działu we współpracy z Koordynatorem ds. Pielęgniarstwa.

2. Ramowy rozkład dnia jest dostępny w sekretariacie Działu oraz konsoli pielęgniarek na oddziale.

§ 37.

1. Do wspólnych zadań Działów wchodzących w skład Klinik/Działów należy w szczególności:
   1) prowadzenie diagnostyki oraz leczenia operacyjnego i/lub zachowawczego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną pacjentów hospitalizowanych w Dziale,
   2) zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki szpitalnej,
   3) wprowadzanie nowych metod diagnostyki i leczenia chorób,
   4) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z Poradniami Specjalistycznymi w zakresie jednostek chorobowych leczonych w Dziale (konsultacje lekarskie i pielęgniarskie),
   5) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego,
   6) kierunkowe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego Działu,
   7) prowadzenie wewnętrznych szkoleń dla personelu medycznego Działu,
   8) prowadzenie szkoleń przed i podyplomowych personelu medycznego,
   9) podtrzymywanie współpracy w zakresie leczenia pacjentów oraz szkolenia personelu medycznego z krajowymi i zagranicznymi szkołami wyższymi, w tym oddziałami takiej samej i/lub zbliżonej specjalności medycznej,
   10) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej udzielanej w Dziale,
   11) uczestnictwo w krajowych i zagranicznych programach naukowych i badawczych, propagowanie działalności naukowej i badawczej, przygotowywanie publikacji naukowych oraz wystąpień naukowych,
   12) przestrzeganie przez personel medyczny praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach o prawach i obowiązkach pacjenta,
   13) prowadzenie przez personel medyczny dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz aktami wewnętrznymi Szpitala,
   14) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie obowiązków administracyjno-organizacyjnych oraz finansowych,
   15) prowadzenie wymaganych rejestrów medycznych,
   16) prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności Szpitala w zakresie działania danej komórki organizacyjnej,
   17) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji,
   18) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi oraz podmiotami organizującymi pomoc społeczną czy hospicyjną, a w szczególności w zakresie opieki dla przewlekle chorych onkologicznie oraz pracownikami pełniącymi w Szpitalu funkcję pracownika socjalnego,
   19) realizacja innych zadań wskazanych przez Dyrektora.

§ 38.

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie powinno być rozpoczęte niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do Szpitala.

2. Plan opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentem opracowywany jest w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb.
3. Pacjent zostaje poinformowany o głównych założeniach planu opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz o osobach sprawujących opiekę nad nim w czasie pobytu w Szpitalu.
4. Realizując obowiązki wynikające z ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta pacjent podpisuje świadomą zgodę na pobyt w szpitalu oraz inne oświadczenia dotyczące realizacji praw pacjenta.
5. Osoba przyjmująca oświadczenia zobowiązana jest do poinformowania pacjenta o treści oświadczeń określonych w ust. 4 oraz skutkach prawnych podpisania tych oświadczeń.
6. W razie wątpliwości diagnostyczno-terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej powinien zorganizować konsultację specjalistyczną.
7. Konsultacje specjalistyczne w Dziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym na zasadach określonych w Zarządzeniu Dyrektora.
8. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze w zależności od stanu zdrowia powinni być przeprowadzani lub transportowani przez personel.

§ 39.

1. Dla sprawnego funkcjonowania Działów ustala się zasady postępowania przy przekazaniu pacjentów kolejnym zmianom:
   1) codziennie w wyznaczonych godzinach odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia oraz innych istotnych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
   2) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie ich zdrowia, nowych przyjęciach do Działu, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
   3) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w Księdze Raportów Lekarskich,
   4) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany, raport pielęgniarski jest sporządzony w Księdze Raportów Pielęgniarskich.
2. Dla sprawnego funkcjonowania Działów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjentów między Działami Szpitala:
   1) pacjent może być przekazany do innego Działu po wstępnym uzgodnieniu z Kierownikiem Kliniki/Działu lub lekarzem dyżurnym,
   2) historia choroby jest przekazana do Działu jako załącznik indywidualnej dokumentacji prowadzonej w danym Dziale wpisuje się natomiast numer Księgi Oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego:
   1) pacjent może być przekazany do innego podmiotu leczniczego po wstępnym uzgodnieniu z kierownikiem lub lekarzem właściwego Działu tego podmiotu leczniczego,
   2) Kierownik Kliniki/Działu lub lekarz przekazujący pacjenta do innego podmiotu leczniczego dokonuje adnotacji w historii choroby do jakiej placówki został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie,
   3) zakończoną historię choroby przekazuje się do sekretariatu medycznego w celu sporządzenia wypisu,

4) pacjent przekazywany do innej placówki jest wypisany ze Szpitala i otrzymuje kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

## Czas i organizacja pracy Poradni Specjalistycznych

§ 40.

1. W skład Poradni Specjalistycznych funkcjonujących w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach wchodzą Poradnie o których mowa w § 30 niniejszego Regulaminu.
2. Do szczegółowych zadań Poradni Specjalistycznych należy:
   1) zapewnienie kompleksowej opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności,
   2) diagnozowanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
   3) wykonywanie drobnych zabiegów i procedur medycznych,
   4) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
   5) zaopatrywanie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Szpitala,
   6) realizowanie programów zdrowotnych w zakresie promocji zdrowia,
   7) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej,
   8) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   9) prowadzenie kształcenia przed i podyplomowego,
   10) dbałość o podnoszenie kwalifikacji zatrudnionego personelu,
   11) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi oraz podmiotami organizującymi,
   12) pomoc społeczną i hospicyjną, a w szczególności w zakresie opieki dla przewlekle chorych onkologicznie.

Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są w Poradniach przez lekarzy specjalistów, lekarzy w trakcie specjalizacji z danej dziedziny medycyny lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, w tym rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń.

§ 41.

Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych. Wyjątek stanowi okoliczność, gdy z przyczyn organizacyjnych nie jest możliwe udzielenie konsultacji przez wskazanego przez pacjenta lekarza (porady udziela lekarz wskazany przez kierownika Kliniki/Działu /Przychodni).

§ 42.

1. Rejestracja pacjentów dokonywana jest osobiście, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznie (za pomocą call-center) oraz drogą elektroniczną.
2. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń, z uwzględnieniem listy oczekujących, prowadzonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia "NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

4. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
   1) przyjęcia do szpitala pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,
   2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość („NN") – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia do szpitala albo zgonu.

§ 43.

1. Pacjent do Poradni Specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
   1) dokumentem tożsamości ze zdjęciem,
   2) wynikami lub kopiami wykonanych poza Szpitalem badań,
   3) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.

§ 44.

1. W uzasadnionych przypadkach lekarz udzielający świadczeń specjalistycznych wydaje skierowanie:
   1) na badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne i/lub obrazowe,
   2) do innych poradni specjalistycznych,
   3) do leczenia stacjonarnego lub w oddziale dziennym Szpitala lub innego podmiotu leczniczego.

§ 45.

1. W każdej poradni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są:
   1) informacje o dniach i godzinach pracy Poradni,
   2) informacje o godzinach pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz w Informacji Szpitala umieszczone są:
   1) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
   2) informacje o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
   3) informacje o sposobie rejestracji.

## Czas i organizacja pracy Zakładów i Pracowni Diagnostycznych

§ 46.

1. Zakłady i Pracownie Diagnostyczne udzielają świadczeń zdrowotnych obejmujących badania diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenia diagnostyczne udzielane są na podstawie skierowania od lekarza.
3. Zakłady i Pracownie Diagnostyczne udzielają także świadczeń zdrowotnych odpłatnie, w zakresie przewidzianym odrębnymi przepisami. Pobieranie opłat odbywa się w kasie

w budynku głównym lub bezpośrednio w wybranych Zakładach, zgodnie z obowiązującymi cennikami.

4. Wykonanie świadczenia diagnostycznego w Zakładzie lub Pracowni Diagnostycznej następuje w wyznaczonych dniach i godzinach, po uprzedniej rejestracji osobistej lub telefonicznej, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta.
5. Świadczenia zdrowotne niemożliwe do wykonania w Szpitalu z uwagi na ich brak w wykazach procedur wykonywanych w Szpitalu są zlecane do wykonania w zewnętrznych zakładach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

## Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL)

§ 47.

1. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Zakładu.
2. Zadaniem Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jest wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców zgodnie z zawartymi umowami, a także pacjentów bez skierowania (świadczenia wykonywane odpłatnie).
3. Do zakresu zadań Zakładu należy w szczególności:
   1) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
   2) zapewnienie wykonywania badań laboratoryjnych w całodobowym systemie pracy we wszystkie dni tygodnia,
   3) wprowadzanie nowych metod diagnostyki laboratoryjnej,
   4) zapewnienie prawidłowej współpracy z Działami oraz zespołem Poradni Specjalistycznych w zakresie wykonywania badań i przyjmowanych zleceń.
4. W skład Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzą następujące pracownie:
   1) Pracownia Analityki Ogólnej,
   2) Pracownia Biochemii,
   3) Pracownia Białek Specyficznych,
   4) Pracownia Koagulologii,
   5) Pracownia Hematologii,
   6) Punkt Przyjęcia Materiału,
   7) Punkt Dystrybucji Składników Krwi.
5. W skład personelu Zakładu wchodzi:
   1) Kierownik Zakładu i jego Zastępca,
   2) diagnosta laboratoryjny,
   3) technicy analityki medycznej,
   4) sekretarka medyczna,
   5) personel pomocniczy.

§ 48.

1. Przyjmowanie materiału z komórek organizacyjnych Szpitala odbywa się w systemie planowym i pilnym. Godziny przyjmowania materiału Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej podaje do wiadomości wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.

2. Materiał do badania od pacjentów pobiera personel właściwego Działu oraz personel wyodrębnionych komórek organizacyjnych (m.in. Pobieralnia Krwi) przestrzegając wskazówek Kierownika ZDL, co do sposobu pobierania i przesyłania.
3. ZDL przyjmuje tylko taki materiał do badania, który został przekazany wraz z dokładnie wypełnionym skierowaniem, podpisanym przez osobę zlecającą i pobierającą materiał do badania oraz w odpowiednio oznakowanych i zabezpieczonych pojemnikach.
4. Materiał do badania oznaczony jako „pilne" poddaje się analizie w pierwszej kolejności.
5. ZDL może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego, zabezpieczonego lub nieodpowiednio oznaczonego albo zażądać powtórnego dostarczenia materiału bądź pobrania materiału przez upoważniony personel ZDL.
6. Materiał przesłany do badania stanowi własność ZDL.
7. Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania analiz określają odrębne przepisy.
8. Badanie, którego wynik wzbudził wątpliwości lekarza wykonuje się ponownie bez zbędnej zwłoki.

§ 49.

Szczegółowy zakres przebiegu procesu badania oraz jakości tego badania regulują wewnętrzne procedury Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.

## Zakład Markerów Nowotworowych (ZMN)

§ 50.

1. Zakład Markerów Nowotworowych jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Zakładu.
2. Zadaniem Zakładu Markerów Nowotworowych jest wykonywanie badań z zakresu markerów nowotworowych, hormonów, diagnostyki WZW, diagnostyki chorób autoimmunologicznych, diagnostyki alergii u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców zgodnie z zawartymi umowami, a także pacjentów bez skierowania (świadczenia wykonywane odpłatnie).
3. Do zakresu zadań Zakładu należy w szczególności:
   1) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
   2) zapewnienie wykonywania badań laboratoryjnych w dniach poniedziałek – piątek w godz. 7:00-15:00,
   3) zapewnienie prawidłowej współpracy z Klinikami, Działami oraz Poradniami Specjalistycznymi w zakresie wykonywania badań.

§ 51.

1. W skład Zakładu Markerów Nowotworowych wchodzą następujące pracownie:
   1) Pracownia Markerów Nowotworowych,
   2) Pracownia Hormonów I,
   3) Pracownia Hormonów II,
   4) Pracownia Radioimmunodiagnostyki,
   5) Pracownia Diagnostyki WZW,

6) Pracownia Immunofluorescencji,
7) Pracownia Opracowania Materiału.

2. W skład personelu Zakładu Markerów Nowotworowych wchodzą:
   1) Kierownik Zakładu i jego zastępca,
   2) diagności laboratoryjni,
   3) biotechnolog,
   4) technicy analityki medycznej,
   5) sekretarka medyczna,
   6) personel pomocniczy.

§ 52.

1. Materiał do badań jest dostarczany do Zakładu Markerów Nowotworowych z Klinik, Działów, Punktów Pobrań zgodnie z procedurą pobierania, przechowywania i transportu próbek.
2. Do badań przyjmowane są tylko próbki pobrane do właściwych probówek, dostarczone wraz z poprawnie wypełnionym skierowaniem na badanie, podpisanym przez osobę zlecającą i pobierającą materiał do badania, odpowiednio oznakowane w zabezpieczonych na czas transportu pojemnikach.
3. Zakład może odmówić przyjęcia próbki lub poprosić o ponowne pobranie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości (materiał pobrany do niewłaściwej probówki, przekroczony czas transportu, niezgodność oznakowania próbki ze skierowaniem).
4. Materiał do badania oznakowany jako „pilny" jest poddawany analizie w pierwszej kolejności
5. Postępowanie z materiałem po wykonaniu badania jest określone w procedurach przechowywania i utylizacji zgodnymi z obowiązującymi przepisami.
6. Zakres zadań wykonywanych w Zakładzie Markerów Nowotworowych obejmuje wykonywanie analiz w zakresie diagnostyki chorób:
   1) nowotworowych ( markery nowotworowe),
   2) endokrynologicznych (hormony tarczycy, płciowe, nadnerczy i inne),
   3) niedokrwistości,
   4) WZW, HIV,
   5) autoimmunologicznych (przeciwciała: ANA, ANCA, przeciwtarczycowe i inne),
   6) alergicznych (alergia wziewna, pokarmowa, atopowa).

§ 53.

1. Do zakresu zadań Zakładu należy również prowadzenie działalności naukowo-szkoleniowej polegającej m.in., na:
   1) szkoleniu studentów w ramach obowiązkowych praktyk wakacyjnych,
   2) prowadzeniu specjalizacji z laboratoryjnej immunologii medycznej dla diagnostów według programu specjalizacji,
   3) szkoleniu personelu Szpitala w zakresie pobierania i transportu materiału.
2. Prowadzenie wewnątrz laboratoryjnej kontroli jakości obejmującej wszystkie badania wykonywane w Zakładzie.
3. Uczestnictwo w zewnątrz laboratoryjnej kontroli jakości.
4. Uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach w ramach samokształcenia.

5. Wewnętrzna działalność naukowo-szkoleniowa dla personelu Zakładu.
6. Przygotowywanie okresowych raportów statystyki badań.
7. Udział w badaniach klinicznych.

## Zakład Mikrobiologii Klinicznej (ZMK)

§ 54.

1. Do zadań Zakładu Mikrobiologii Klinicznej należy wykonywanie badań mikrobiologicznych dla pacjentów hospitalizowanych w Działach, przyjmowanych w Poradniach Specjalistycznych oraz zleceniodawców zewnętrznych oraz w ramach programów naukowych.
2. ZMK pracuje w systemie jednozmianowym przez 7 dni w tygodniu.
3. W skład Zakładu Mikrobiologii Klinicznej wchodzą następujące pracownie:
   1) Punkt Przyjęć Materiału do Badań,
   2) Pracownia Bakteriologii Ogólnej,
   3) Pracownia Posiewów Krwi,
   4) Pracownia Beztlenowców,
   5) Pracownia Mykologii,
   6) Pracownia Biologii Molekularnej,
   7) Pracownia Pożywek.

§ 55.

1. Materiał do badania pobiera i przesyła do ZMK personel właściwej komórki Szpitala, postępując zgodnie z procedurą pobierania, przechowywania i transportu próbek.
2. Do badania przyjmowane są wyłącznie próbki pobrane do odpowiednich naczyń, dokładnie zamknięte i opisane, do których jest dołączone czytelnie i kompletnie wypełnione skierowanie. W przypadku niespełnienia powyższych wymagań ZMK może odmówić przyjęcia materiału do badania.
3. Wyniki badań są odbierane przez uprawnionego pracownika komórki zlecającej badanie
4. Zestawienia wyników badań, opracowania epidemiologiczne przygotowywane przez ZMK są wykorzystywane do publikacji, prac naukowych, prezentacji tylko za zgodą Kierownika Zakładu i Dyrektora Szpitala.

§ 56.

1. Zakres zadań realizowanych w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej obejmuje:
   1) klasyczne badania bakteriologiczne, mykologiczne, wykrywanie obecności drobnoustrojów w próbkach materiałów metodami serologicznymi, wykrywanie obecności materiału genetycznego wybranych drobnoustrojów metodami biologii molekularnej, badanie jakości nasienia,
   2) udzielanie konsultacji dotyczących warunków pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych, możliwości diagnostycznych, interpretacji wyników badań mikrobiologicznych.

2. Mikrobiologiczny monitoring wybranych obszarów środowiska szpitalnego.
3. Kontrola mikrobiologiczna aparatów do sterylizacji.
4. Udział w kontroli zakażeń szpitalnych, w tym:
   1) współpraca z Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych,
   2) mikrobiologiczne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej szpitala,
   3) mikrobiologiczne wykrywanie i opracowanie ognisk epidemicznych, udział w dochodzeniu epidemiologicznym,
   4) udział w inicjowaniu działań zabezpieczających przed rozprzestrzenianiem się drobnoustrojów o niebezpiecznych mechanizmach oporności,
   5) opracowywanie i wdrażanie mikrobiologicznych programów skryningowych,
   6) przygotowywanie okresowych raportów mikrobiologicznych dotyczących ilości wykonywanych badań, profilu czynników etiologicznych zakażeń oraz ich wrażliwości na leki przeciwdrobnoustrojowe,
   7) udział w prowadzeniu racjonalnej antybiotykoterapii.
5. Prowadzenie działalności szkoleniowej:
   1) szkolenie personelu Szpitala w zakresie tematyki mikrobiologicznej,
   2) szkolenie specjalizantów w ramach staży wymaganych do specjalizacji,
   3) szkolenie studentów w ramach wakacyjnych praktyk studenckich.
6. Uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach, samokształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

## Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO)

§ 57.

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO) jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Zakładu.
2. Zadaniem ZDO jest wykonywanie badań radiologicznych i obrazowych u pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Przyszpitalnych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów.
3. Szczegółowy wykaz wykonywanych procedur opracowuje Kierownik ZDO i podaje do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Sposób przygotowania pacjentów do badania i sposób jego wykonania określa lekarz radiolog.

§ 58.

1. W skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej wchodzą następujące pracownie:
   1) Pracownia Tomografii Komputerowej (TK),
   2) Pracownia Rezonansu Magnetycznego (MR),
   3) Pracownia Ultrasonografii (USG),
   4) Pracownia Rentgenodiagnostyki (RTG),
   5) Pracownia Mammografii (MM),
   6) Pracownia Mammotomiczna.
2. W skład personelu ZDO wchodzą:

1) Kierownik i jego Zastępca,
2) lekarze,
3) pielęgniarki dyplomowane,
4) Kierownik Zespołu Techników Radiologii,
5) technicy elektroradiologii,
6) sekretarki medyczne.

§ 59.

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej pracuje w systemie pracy ciągłej.
2. W ZDO prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów w przypadkach nagłych i nie cierpiących zwłoki.
3. Lekarz opisujący wynik badania może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Wynik badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych podmiotów leczniczych, pacjenci osobiście lub osoby przez nich upoważnione.

§ 60.

Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania badań określają wewnętrzne procedury Zakładu Diagnostyki Obrazowej, oparte na odrębnych przepisach.

## Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (ZMN z PET)

§ 61.

1. Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (ZMN z PET) jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Zakładu.
2. Zadaniem ZMN z PET jest wykonywanie badań wykorzystujących metody medycyny nuklearnej u pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców, w przypadku zawarcia stosownych umów.
3. Szczegółowy wykaz wykonywanych procedur opracowuje Kierownik ZMN z PET i podaje do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Sposób przygotowania pacjentów do badania i sposób jego wykonania określa lekarz specjalista medycyny nuklearnej.

§ 62.

1. W skład Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET wchodzą następujące pracownie:
   1) Pracownia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET),
   2) Pracownia Scyntygrafii (PS),
   3) Pracownia Ochrony Radiologicznej.

2. W ZMN z PET prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów w przypadkach nagłych i nie cierpiących zwłoki.
3. Lekarze opisujący wynik badania mogą zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Wynik badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych podmiotów leczniczych, pacjenci osobiście lub osoby przez nich upoważnione.

§ 63.

Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania badań określają wewnętrzne procedury ZMN z PET, oparte na odrębnych przepisach.

§ 64.

1. Prowadzenie działalności szkoleniowej Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET obejmuje:
   1) szkolenie personelu Szpitala w zakresie tematyki medycyny nuklearnej,
   2) szkolenie specjalizantów w ramach staży wymaganych do specjalizacji,
   3) szkolenie studentów w ramach wakacyjnych praktyk studenckich,
   4) uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach, samokształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

## Pracownia Ochrony Radiologicznej

§ 65.

1. Pracownia Ochrony Radiologicznej wchodzi w skład Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET i podlega bezpośrednio Kierownikowi Zakładu. Pracownia sprawuje wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, a w szczególności nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę organizacyjną warunków zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, we wszystkich Zakładach, Klinikach, Działach Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.
2. Do podstawowego zakresu działań Pracowni Ochrony Radiologicznej należy:
   1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w jednostce w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego,
   2) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
   3) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi,

4) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
5) wydawanie Dyrektorowi opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień,
6) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o wstrzymywanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub inne przepisy z zakresu ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
7) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne,
8) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek,
9) wydawanie Dyrektorowi opinii, w ramach badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz sprawności i właściwego użytkowania przyrządów pomiarowych,
10) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej i występowanie z wynikającymi z tego wnioskami do Dyrektora,
11) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy, jeżeli wnioskowane zmiany nie zwiększają limitów użytkowych dawki określonych w zezwoleniu,
12) w przypadku wystąpienia z wnioskiem do Dyrektora o wstrzymanie prac w warunkach narażenia z powodu naruszenia warunków zezwolenia lub innych przepisów z zakresu ochrony radiologicznej, informowanie organu wydającego zezwolenie o wystąpieniu z wnioskiem.

3. Kierownik Pracowni Ochrony Radiologicznej podlega służbowo Kierownikowi Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET w zakresie ogólnym. Kierownik Pracowni Ochrony Radiologicznej podlega Dyrektorowi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w zakresie czynności nadzorczych i sprawozdawczych.

## Zakład Diagnostyki Molekularnej (ZDM)

§ 66.

1. Do zadań Zakładu Diagnostyki Molekularnej należy wykonywanie badań dla pacjentów hospitalizowanych w Działach, pacjentów leczonych w Poradniach Specjalistycznych, prowadzenia prac badawczych w ramach programów naukowych oraz badań własnych.
2. Zakres badań obejmuje wykonywanie analiz metodami biologii molekularnej w zakresie selekcjonowania pacjentów do terapii celowanych, monitorowania skuteczności leczenia oraz wykrywania predyspozycji genetycznych do rozwoju chorób nowotworowych.
3. Prowadzenie działalności naukowo - szkoleniowej:

1) szkolenie uczniów szkół średnich i wyższych w ramach obowiązkowych praktyk wakacyjnych,
2) aktywne uczestnictwo pracowników w zebraniach, zjazdach, kursach w ramach doskonalenia zawodowego,
3) uzyskanie tytułu diagnosty laboratoryjnego i specjalizacji z laboratoryjnej genetyki medycznej,
4) kształcenie ustawiczne poprzez prowadzenie własnych badań naukowych przez pracowników ZDM.

## Zakład Inżynierii Genetycznej

§ 67.

1. Do zadań Zakładu Inżynierii Genetycznej produkcja wektorów do terapii komórkowych w standardzie klinicznym, prowadzenia prac badawczych w ramach programów naukowych oraz badań własnych.
2. Zakres badań obejmuje wykonywanie oceny skuteczności działania wektorów wytwarzanych do modyfikowania limfocytów pacjentów chorych na choroby nowotworowe z wykorzystaniem analiz metodami biologii molekularnej oraz cytometrii przepływowej. Oceny skuteczności działania (in vitro) zmodyfikowanych limfocytów z wykorzystaniem wektorów wirusowych. Projektowanie nowych konstruktów genowych z wykorzystaniem metod in silico.
3. Prowadzenie działalności naukowo - szkoleniowej:
   1) szkolenie uczniów szkół średnich i wyższych w ramach obowiązkowych praktyk wakacyjnych,
   2) uzyskanie doświadczenia w wytwarzaniu oraz kontroli jakości produkcji wektorów oraz tytułu osoby wykwalifikowanej,
   3) kształcenie ustawiczne poprzez prowadzenie własnych badań naukowych przez pracowników ZDM.

## Zakład Profilaktyki Onkologicznej

§ 68.

1. Zakład Profilaktyki Onkologicznej koordynuje, organizuje i realizuje działania z zakresu prewencji nowotworów złośliwych prowadzone w ŚCO i na terenie całego województwa świętokrzyskiego.
2. Zakład Profilaktyki Onkologicznej realizuje edukację w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów wśród przedstawicieli środowisk medycznych i związanych z ochroną zdrowia oraz mieszkańców województwa świętokrzyskiego oraz organizuje akcje profilaktyczno – edukacyjne.
3. W Zakładzie Profilaktyki Onkologicznej są też opracowywane, wydawane i dystrybuowane materiały informacyjno-edukacyjne z zakresu prewencji nowotworów złośliwych.

## Zakład Patologii Nowotworów (ZPN)

§ 69.

1. Do zadań Zakładu Patologii Nowotworów należy:
   1) diagnostyka histopatologiczna,
   2) diagnostyka śródoperacyjna,
   3) diagnostyka aspiratów z biopsji cienkoigłowej- rozmazy i ,,cel block'',
   4) diagnostyka cytologii ginekologicznej konwencjonalnej i na podłożu płynnym,
   5) diagnostyka cytologiczna moczu, płynów z jam ciała i płynu mózgowo-rdzeniowego,
   6) diagnostyka HPV,
   7) diagnostyka immunohistochemiczna,
   8) diagnostyka chorób rozrostowych układu krwiotwórczego,
   9) diagnostyka amplifikacji genu HER2 w raku sutka i raku żołądka.
2. W skład Zakładu Patologii Nowotworowych wchodzą następujące pracownie:
   1) Pracownia Histologiczna,
   2) Pracownia Biopsji Aspiracyjnej Cienkoigłowej,
   3) Pracownia Immunohistochemii,
   4) Pracownia Cytologii Złuszczeniowej,
   5) Pracownia Cytodiagnostyki,
   6) Pracownia FISH,
   7) Gabinet Biopsji Aspiracyjnej Cienkoigłowej.

§ 70.

1. Przyjmowanie materiałów do badań odbywa się planowo. Godziny przyjmowania próbek i wydawania wyników są podawane do wiadomości wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Materiał do badania pobiera i przesyła do ZPN personel właściwej komórki Szpitala, ściśle przestrzegając zaleceń, co do sposobu pobierania, przechowywania i transportu próbek.
3. ZPN przyjmuje tylko taki materiał do badania, który został dostarczony wraz z dokładnie i czytelnie wypełnionym skierowaniem, sygnowanym podpisem i pieczątką imienną lekarza kierującego.
4. Do badań przyjmowane są wyłącznie próbki pobrane do odpowiednich naczyń, dokładnie zamknięte i opisane (imię i nazwisko pacjenta, data i godzina pobrania, rodzaj materiału, jednostka zlecająca).
5. Na skierowaniu powinien być zaznaczony zakres badań do przeprowadzenia.
6. W przypadkach wymagających natychmiastowej interwencji materiał jest pobierany i przekazywany do ZPN niezwłocznie, niezależnie od określonego czasu przyjmowania prób. O wszystkich badaniach pilnych należy zawiadomić niezwłocznie Kierownika ZPN.
7. Pracownia może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio zabezpieczonego albo też żądać powtórnego dostarczenia materiału.
8. W przypadku wyników budzących uzasadnione wątpliwości ZPN może prosić o powtórne przesłanie materiału do badania. Próbki te przyjmowane są na podstawie poprzedniego skierowania.
9. Materiałem przesłanym do badania dysponuje wyłącznie właściwa pracownia.

10. Przypadki do konsultacji winny zawierać komplet preparatów dotyczących danego przypadku, kopię rozpoznania histopatologicznego oraz niezbędne dane kliniczne.
11. W celu uwiarygodnienia wyniku badania Kierownik ZPN może żądać dostarczenia danych dotyczących leczenia oraz historii choroby.
12. Wyniki badania materiału są przekazywane do właściwych komórek organizacyjnych Szpitala.
13. Przeprowadzający badania notuje wynik badania w obowiązujących dokumentach Zakładu, wynik badania wypisuje się na obowiązujących w Szpitalu drukach.

§ 71.

1. Karta skierowania materiału na badanie oraz wynik badania stanowią część dokumentacji medycznej obowiązującej w Szpitalu. Tryb postępowania z w/w dokumentami określają odrębne przepisy.
2. Zestawienia i opracowania wyników badań przygotowywane przez Zakład Patologii Nowotworów mogą być wykorzystywane do publikacji, prac naukowych za zgodą Dyrektora.
3. Materiał pozostały po wykonaniu badania oraz naczynia i przybory używane podczas pracy winny być poddane stosownym procedurom wynikającym z przestrzegania reżimu sanitarno-epidemiologicznego.

## Zakład Anatomii Patologicznej - Prosektorium

§ 72.

1. Merytoryczny nadzór nad pracą Zakładu Anatomii Patologicznej - Prosektorium sprawuje Kierownik Zakładu Patologii Nowotworów.
2. Bezpośredni nadzór nad pracownikami Prosektorium sprawuje Koordynator ds. Techników Sekcyjnych.
3. System pracy Prosektorium określa odrębny Regulamin opracowany z wykorzystaniem zapisów Rozporządzenia MZ z dnia 10 kwietnia 2012 r., w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnej i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.
4. Przyjmowanie zwłok ludzkich w celu przechowania przed pochówkiem lub przed wykonaniem badania pośmiertnego odbywa się całodobowo. Cennik stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.
5. Przyjmowanie zwłok do Zakładu Anatomii Patologicznej - Prosektorium odbywa się na podstawie właściwych dokumentów, zwłoki powinny być oznakowane w celu ich identyfikacji.
6. Przyjęcie zwłok do chłodni odbywa się na podstawie skierowania.
7. W przypadkach badań pośmiertnych na zlecającym spoczywa obowiązek dostarczenia odpowiedniej dokumentacji.
8. Pisemne wyniki sekcji zwłok przekazuje się lekarzom zlecającym sekcję.
9. Pracownicy Prosektorium zobowiązani są do wydania zwłok w odpowiednim stanie.

## Onkologiczne Centrum Rehabilitacji

§ 73.

1. Onkologiczne Centrum Rehabilitacji jest samodzielną komórką organizacyjną, kierowaną przez Kierownika Onkologicznego Centrum Rehabilitacji.
2. Nadzór zwierzchni nad Onkologicznym Centrum Rehabilitacji sprawuje Dyrektor.
3. W strukturach Onkologicznego Centrum Rehabilitacji funkcjonuje: Zakład Rehabilitacji, Dział Fizjoterapii, Ośrodek Rehabilitacji Dziennej, Poradnia Rehabilitacji, Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego.

## Zakład Metod Fizycznych (ZMF)

§ 74.

1. Do zadań Zakładu Metod Fizycznych należy w szczególności:
   1) prowadzenie działalności naukowej z zakresu wykorzystania metod fizyki atomowej i jądrowej w diagnostyce medycznej, w szczególności prowadzenie badań pomocniczych na potrzeby diagnostyki chorób nowotworowych, przy wykorzystaniu metody rentgenowskiej analizy fluorescencyjnej z całkowitym odbiciem wiązki padającej (TXRF), rentgenowskiej analizy fluorescencyjnej z dyspersją długości fali (WDXRF) oraz metodą dyfrakcji rentgenowskiej (XRD),
   2) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) pacjentów w różnych stanach chorobowych oraz poszukiwanie korelacji pomiędzy zawartością pierwiastków w tkankach człowieka a stanem chorobowym pacjenta (szczególnie rodzajem i stopniem zaawansowania choroby nowotworowej),
   3) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) w przypadku podejrzenia o zatrucie (toksykologia),
   4) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) w monitoringu osób zawodowo narażonych na dany pierwiastek,
   5) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) w monitoringu chorób środowiskowych,
   6) badanie dynamiki procesów akumulacji pierwiastków śladowych oraz wpływu zanieczyszczenia środowiska na poziom pierwiastków śladowych w organizmie ludzkim.
2. Prezentacja uzyskanych wyników badań naukowych na międzynarodowych konferencjach.
3. Publikacja uzyskanych wyników badań naukowych w międzynarodowych czasopismach.

## Zakład Onkokardiologii

§ 75.

1. Do zadań Zakładu Onkokardiologii należy:
   1) diagnostyka i leczenie osób z chorobami układu krążenia,

2) diagnostyka serca (elektrokardiogram, holter, próby wysiłkowe),
3) kontrola stymulatorów i ocena zdarzeń arytmicznych.

## Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Piersi (BreastCancer Unit)

§ 76.

1. Do zadań Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Piersi (BreastCancer Unit) należy:
   1) diagnostyka i ustalenie strategii postępowania chorych z nowo rozpoznanym rakiem piersi,
   2) ustalanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla chorych z nawrotem raka piersi.

## Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Jelita Grubego (Colorectal Cancer Unit)

§ 77.

1. Do zadań Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Jelita Grubego (Colorectal Cancer Unit) należy:
   1) diagnostyka i ustalenie strategii postępowania chorych z nowo rozpoznanym rakiem jelita grubego,
   2) ustalanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla chorych z nawrotem raka jelita grubego.

## Ośrodek Koordynacji Badań Klinicznych

§ 78.

1. Do zadań Ośrodka Koordynacji Badań Klinicznych należy:
   1) przyjmowanie propozycji badań klinicznych oraz projektów dokumentów i przekazywanie ich do zaopiniowania odpowiednim jednostkom, zgodnie z procedurą prowadzenia badań klinicznych w ŚCO,
   2) ocena merytoryczna propozycji i protokołów badań klinicznych zgłaszanych do Ośrodka Koordynacji Badań Klinicznych Świętokrzyskiego Centrum Onkologii,
   3) prowadzenie procedur negocjacyjnych ze Sponsorem/CRO,
   4) koordynowanie prac związanych z kontraktowaniem i procesem wdrażania badań klinicznych w ŚCO,
   5) przekazywanie dokumentów do podpisu Dyrekcji oraz Głównemu Badaczowi i odsyłanie ich do Sponsora,
   6) nadzór nad przepływem informacji i dokumentów w ramach badań klinicznych prowadzonych w szpitalu,
   7) przestrzeganie terminowości wpłat, wystawiania faktur oraz egzekwowanie od Sponsora opłat obligatoryjnych,

8) przechowywanie i archiwizacja dokumentacji badawczej,
9) przestrzeganie procedury prowadzenia badań klinicznych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii,
10) przestrzeganie klauzuli poufności,
11) sporządzanie pism administracyjnych,
12) wykonywanie innych nie wyszczególnionych czynności przewidzianych dla Ośrodka Koordynacji Badań Klinicznych, m.in. organizacja wizyt selekcyjnych, inicjujących, monitoringowych w ramach badań klinicznych prowadzonych w Ośrodku.

## Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych

§ 79.

1. Do zadań Onkologicznego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (OnkoCWBK) należy:
   1) aktywne uczestnictwo w pozyskiwaniu projektów zarówno w odniesieniu do badań komercyjnych, jak i badań niekomercyjnych, grantów i projektów naukowo-badawczych,
   2) podejmowanie działań promocyjno-informacyjnych służących pozyskiwaniu nowych projektów, dotarciu do jak największej liczby potencjalnych uczestników badań i zwiększaniu świadomości społeczeństwa o znaczeniu badań klinicznych w leczeniu chorób nowotworowych.

## Czas i organizacja pracy pozostałych komórek organizacyjnych Pion Dyrektora

## Blok Operacyjny

§ 80.

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala.
2. W skład personelu Bloku Operacyjnego wchodzą:
   1) Kierownik,
   2) Koordynator ds. Pielęgniarstwa i jego Zastępca,
   3) pielęgniarki instrumentariuszki,
   4) personel pomocniczy.

§ 81.

1. Do zadań Bloku Operacyjnego należy, w szczególności:
   1) prowadzenie leczenia operacyjnego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pacjentów hospitalizowanych w Działach Szpitala,
   2) zapewnienie opieki medycznej pacjentom przyjmowanym w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, całodobowo we wszystkie dni tygodnia,
   3) wprowadzanie nowych metod operacyjnych,
   4) sporządzanie i realizowanie planów zabiegów operacyjnych, koordynowanie prac zespołów operacyjnych,
   5) dbanie o należyte przygotowanie i zaopatrzenie sali operacyjnej w sprzęt i leki, materiały operacyjne oraz należytą konserwację sprzętu,

6) zabiegi planowe na Bloku Operacyjnym odbywają się według ustalonego harmonogramu zawierającego planowaną godzinę rozpoczęcia zabiegu, dane osobowe pacjenta, nazwę Działu, na którym przebywa, rozpoznanie, rodzaj znieczulenia oraz dane osobowe wyznaczonego personelu operacyjnego i anestetycznego,
7) każda zmiana zatwierdzonego już harmonogramu zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie zgłoszona do Kierownika Bloku Operacyjnego.

§ 82.

1. Wstęp na Blok Operacyjny, poza uprawnionym personelem medycznym, mają tylko osoby, które uzyskały zezwolenie Kierownika Bloku Operacyjnego.
2. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego, a zwłaszcza na salach operacyjnych w trakcie zabiegu operacyjnego, obowiązuje zachowanie bezwzględnej ciszy.
3. Po każdym zabiegu operacyjnym należy niezwłocznie uporządkować salę, przeliczyć narzędzia i bieliznę operacyjną, materiał opatrunkowy i przygotować nowe zestawy.

§ 83.

1. Po zakończeniu zabiegu operacyjnego pacjent zostaje przekazany przez personel sali operacyjnej pod opiekę personelowi Ośrodka Wybudzeniowego, wchodzącego w skład Działu Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Wszelkie zlecenia lekarskie związane z opieką okołooperacyjną powinny być uwidocznione w dokumentacji pacjenta.

§ 84.

1. Na Bloku Operacyjnym poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się protokoły zużycia materiałów według obowiązujących wzorów.
2. Stosownie do wymogów przepisów prawa powołuje się Koordynatora okołooperacyjnej karty kontrolnej.
3. Koordynator okołooperacyjnej karty kontrolnej dokonuje wpisów w karcie na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.
4. Koordynatorem okołooperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz specjalista z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii dokonujący znieczulenia pacjenta do zabiegu operacyjnego.
5. W przypadku zabiegów wykonywanych bez obecności lekarza anestezjologa funkcję Koordynatora okołooperacyjnej karty kontrolnej pełni lekarz specjalista specjalności zabiegowej.
6. Opisy zabiegów operacyjnych sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
7. W przypadku pobrania materiału do badań histopatologicznych skierowanie na to badanie sporządza bezpośrednio po zakończeniu zabiegu lekarz operujący lub pierwszy asystent.

## SSP ds. Sanitarno-Epidemiologicznych

§ 85.

1. Pracownicy zatrudnieni na w/w stanowisku podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań SSP ds. Sanitarno-Epidemiologicznych należy w szczególności:
   1) organizowanie prawidłowej realizacji zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń zakładowych,
   2) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów dotyczących systemu pracy w szpitalu, szczególnie: postępowania dla odpowiednich czynności medycznych i higienicznych wykonywanych na terenie szpitala, systemu transportu wewnętrznego, sposobu postępowania z materiałem zakaźnym,
   3) monitorowanie, ocenianie i analizowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala,
   4) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
   5) uczestniczenie w odprawach kierowniczej kadry medycznej i spotkaniach innych zespołów doradczych powołanych w celu podnoszenia standardów zapobiegania i kontroli zakażeń,
   6) inicjowanie i nadzorowanie działań zmierzających do likwidacji ogniska zakażenia,
   7) uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem,
   8) organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu z zakresu zakażeń zakładowych,
   9) realizowanie programu zapobiegania i kontroli zakażeń,
   10) nadzorowanie stanu sanitarno–higienicznego pomieszczeń Działu, zakładów, pracowni oraz kontrola podległych Klinik/Działów pod kątem przestrzegania reżimu sanitarnego przez personel, a w szczególności:
      a) kontrola terminów ważności sterylizowanych narzędzi, materiałów opatrunkowych itp.,
      b) kontrola i nadzór nad stosowanymi metodami dezynfekcji (kontrola przygotowywanych roztworów dezynfekcyjnych, kontrola dezynfekcji narzędzi, powierzchni, sprzętów, urządzeń sanitarnych itp.),
      c) nadzór nad transportem czystej i brudnej bielizny szpitalnej,
      d) nadzór nad właściwą segregacją i usuwaniem z Działu specyficznych odpadów medycznych i odpadów komunalnych,
   11) nadzorowanie izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
   12) prowadzenie dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń zakładowych, a w szczególności związanej z rejestracją pacjentów i personelu z zakażeniem zakładowym.

## Apteka Szpitalna

§ 86.

1. Apteka Szpitalna jest samodzielną komórką organizacyjną, kierowaną przez Kierownika Apteki.
2. Nadzór zwierzchni nad Apteką Szpitalną sprawuje Dyrektor.
3. W strukturach Apteki Szpitalnej funkcjonuje Centralna Pracownia Leku Cytotoksycznego oraz Pracownia Żywieniowa.

§ 87.

1. Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:
   1) zaopatrywanie jednostek organizacyjnych Szpitala w produkty lecznicze, wyroby medyczne, materiały opatrunkowe i szewne oraz środki dezynfekcyjne,
   2) współpraca z hurtowniami farmaceutycznymi, importerami i wytwórcami, celem bieżącego zaopatrywania Apteki Szpitalnej w wymagany asortyment produktów leczniczych, wyrobów medycznych, materiałów opatrunkowych i środków dezynfekcyjnych,
   3) utrzymywanie i właściwe przechowywanie normatywnych zapasów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, materiałów opatrunkowych i środków dezynfekcyjnych,
   4) bieżące kontrolowanie terminów ważności produktów leczniczych, wyrobów medycznych, materiałów opatrunkowych i środków dezynfekcyjnych,
   5) wydawanie przez farmaceutów leków odurzających i psychotropowych na podstawie § 3 ust. 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r., w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje,
   6) wykonywanie leków recepturowych zgodnie z aktualnie obowiązującą Farmakopeą Polską,
   7) przygotowywanie w Centralnej Pracowni Leku Cytotoksycznego leków onkologicznych w dawkach dziennych pacjentom indywidualnym,
   8) wydawanie pacjentom indywidualnym leków onkologicznych w ramach programów lekowych i chemioterapii,
   9) aktywacja i suplementacja w Pracowni Żywieniowej - Boksie Aseptycznym, worków do żywienia pozajelitowego,
   10) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala,
   11) udział w monitorowaniu działań niepożądanych,
   12) nadzór nad gazami medycznymi stosowanymi w Szpitalu,
   13) przygotowywanie załączników do przetargów na produkty lecznicze, wyroby medyczne, materiały opatrunkowe i środki dezynfekcyjne, które stosowane są w jednostkach organizacyjnych Szpitala zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych,
   14) prowadzenie ewidencji próbek lekarskich i darów produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych,
   15) sprawowanie nadzoru nad apteczkami oddziałowymi,
   16) udzielanie informacji o lekach fachowemu personelowi Szpitala, będących w dyspozycji Apteki Szpitalnej oraz o ich dostępności i zamiennikach,
   17) monitorowanie komunikatów Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego dotyczących dopuszczenia, wstrzymania i wycofania z obrotu produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych,
   18) udział w pracach Komitetu Terapeutycznego,
   19) współpraca z Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych,
   20) współpraca z Zespołem Żywieniowym,
   21) monitorowanie zużycia leków, w tym leków p/bakteryjnych, p/grzybiczych, p/wirusowych,

22) fachowy nadzór nad studentami Wydziałów Farmacji,
23) sporządzanie comiesięcznych raportów finansowo- księgowych,
24) realizowanie sprawozdawczości w zakresie zadań będących w kompetencji komórki organizacyjnej.

## Zakład Psychoonkologii

§ 88.

1. W skład Zakładu Psychoonkologii wchodzą:
   1) Poradnia Pomocy Psychologicznej,
   2) Poradnia Zdrowia Psychicznego,
   3) Pracownia Terapii Zajęciowej,
   4) Pracownik socjalny.
2. Zadaniem poradni jest wsparcie i pomoc psychiatryczna i/lub psychologiczna i/lub psychoterapeutyczna na rzecz pacjentów Szpitala, zarówno leczonych ambulatoryjnie, jak i w oddziałach całodobowych.
3. Zadaniem Pracowni Terapii Zajęciowej jest wspieranie procesu zdrowienia, poprzez wspomaganie radzenia sobie ze stresem chorych onkologicznie oraz członków ich rodzin, zarówno w trakcie hospitalizacji, jak i leczenia ambulatoryjnego.
4. Zadania realizowane w Pracowni sprzyjają kreowaniu postawy otwarcia, zaangażowania jako przeciwnej postawie zamknięcia, bierności, rezygnacji (typowe dla depresji). Dzięki różnym aktywnościom i procesom twórczym pacjenci mogą skuteczniej dystansować się wobec dysfunkcyjnych, niezdrowych przekonań, którym towarzyszą negatywne emocje, a które bardzo często tworzą pacjenci onkologiczni i ich bliscy.
5. Pracownik socjalny zapewnia łączność pomiędzy chorym znajdującym się w ŚCO a środowiskiem, w którym chory normalnie przebywa, innymi zakładami opieki zdrowotnej, z których chory korzystał poprzednio lub będzie korzystać po opuszczeniu ŚCO, zakładami pracy, zakładami pomocy społecznej, opiekunami społecznymi.
6. Do zadań Pracownika Socjalnego w ŚCO należy:
   1) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych, oraz sytuacji po opuszczeniu szpitala,
   2) przeprowadzanie wywiadów z rodziną pacjenta w celu rozpoznania sytuacji socjalno-bytowej pacjenta po zakończeniu hospitalizacji,
   3) zbieranie informacji na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny w środowisku od służb socjalnych (ośrodki pomocy społecznej),
   4) pomoc w organizacji środowiska opiekuńczego w środowisku domowym lub opieki instytucjonalnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy oraz reprezentowanie pacjenta na zewnątrz Szpitala w celu rozwiązywania pilnych spraw socjalno-bytowych,
   5) stawianie diagnozy społecznej pacjenta,
   6) utrzymanie kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji,
   7) pozostaje w stałym kontakcie z lekarzami, pielęgniarkami, sekretarkami medycznymi,

8) udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do ZOL, ZPO, DPS, środowiskowych domów samopomocy,
9) zapoznanie rodziny chorego lub jego opiekunów z zasadami racjonalnego postępowania z rekonwalescentem, przewlekle lub obłożnie chorym, chorym kalekim lub nieuleczalnym w oparciu o zalecenia wydane przez lekarza leczącego chorego przy wypisywaniu go do domu,
10) wyszukiwanie zakładów opiekuńczo - leczniczych, zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najszybszy dostęp do świadczeń,
11) udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, ośrodkach Monaru itp.),
12) informowanie o możliwości uzyskania świadczeń pieniężnych z innych instytucji,
13) informowanie o możliwościach uzyskania przez pacjenta dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych,
14) podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z Policją, ośrodki pomocy społecznej, szpitale, pogotowie ratunkowe, straż miejska, ośrodki pomocy społecznej),
15) każde działanie pracownika socjalnego musi być zgodne z zasadami etyki zawodowej.

## Centrum Badań Naukowych, Epidemiologii i Prac Badawczo-Rozwojowych

§ 89.

1. Do zadań Centrum Badań Naukowych, Epidemiologii i Prac Badawczo-Rozwojowych należy w szczególności:
   1) prowadzenie badań naukowych,
   2) koordynacja badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych,
   3) tworzenie warunków dla rozwoju innowacyjnych metod badawczych w leczeniu pacjentów,
   4) przygotowywanie publikacji, w tym w szczególności dotyczących epidemiologii nowotworów złośliwych,
   5) prowadzenie Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów zajmującego się gromadzeniem danych o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe mieszkańców województwa świętokrzyskiego,
   6) utrzymywanie wysokiej jakości danych dotyczących rejestracji nowotworów w obrębie województwa świętokrzyskiego,
   7) kontrola zgłaszalności zachorowań na nowotwory we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego,
   8) analiza danych dotyczących epidemiologii nowotworów złośliwych w województwie świętokrzyskim,
   9) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie wymiany danych i szkolenia lekarzy i pracowników medycznych współpracujących z Wojewódzkim Rejestrem Nowotworów. Współpraca w zakresie organizacji walki z rakiem z innymi zakładami opieki zdrowotnej oraz krajowymi jednostkami ochrony zdrowia,
   10) współpraca z organizacjami międzynarodowymi, towarzystwami naukowymi w zakresie prowadzonych badań w tym z Międzynarodową Agencją Badań nad Rakiem Światowej

Organizacji Zdrowia (IARC, WHO) w Lyonie, polegająca na wymianie baz danych oraz publikacji,

11) udział w szkoleniach i konferencjach,
12) transfer wiedzy,
13) przygotowywanie informacji, sprawozdań na temat prowadzonych badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w ŚCO,
14) wykonywanie obowiązków sprawozdawczych w zakresie działalności Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów oraz działalności naukowej ŚCO.

2. Funkcję Kierownika Centrum Badań Naukowych, Epidemiologii i Prac Badawczo-Rozwojowych może pełnić wyłącznie osoba posiadająca stopień naukowy doktora habilitowanego lub tytuł naukowy.

## Zakład Fizyki Medycznej (ZFM)

§ 90.

1. Zakład Fizyki Medycznej (ZFM) składa się z dwóch głównych Zespołów: Zespołu Fizyków Medycznych oraz Zespołu Techników Radioterapii.
2. Kierownik ZFM kieruje całością działań Zakładu. Kierownikowi ZFM bezpośrednio podlega Kierownik Zespołu Techników, który kieruje i organizuje pracę zespołu techników radioterapii.

§ 91.

1. Do zadań Zakładu Fizyki Medycznej należy w szczególności:
   1) Przygotowanie do napromieniania pacjentów leczonych teleradioterapią, w tym:
      a) przyjęcie od lekarza radioterapeuty zlecenia na wykonanie planu leczenia teleradioterapią,
      b) wykonanie badania CT do celów planowania leczenia teleradioterapią,
      c) wykonanie symulacji wirtualnej,
      d) wykonanie planu leczenia teleradioterapią,
      e) wykonanie symulacji klasycznej planu leczenia, wykonanie wszelkich unieruchomień (masek) dla pacjentów,
      f) przedstawienie lekarzowi radioterapeucie wykonanego planu leczenia i planów alternatywnych w celu wyboru planu optymalnego,
      g) realizacja zaleceń lekarza radioterapeuty dotyczących zmian w planie leczenia,
      h) sprawdzenie wykonanego planu leczenia poprzez obliczenia weryfikacyjne i kontrolę parametrów planu oraz możliwości realizacji na akceleratorze,
      i) sprawdzenie wykonanego planu leczenia zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie zaleceniami wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radioterapii onkologicznej i utworzonych na ich podstawie procedur roboczych, a także w zgodzie z procedurami i instrukcjami obowiązującymi w ZFM.
2. Realizacja leczenia teleradioterapią na akceleratorach medycznych, w tym:
   1) napromienianie pacjentów zgodnie z harmonogramem zleconym przez lekarza radioterapeutę,
   2) prowadzenie dokumentacji w zakresie napromieniania pacjenta.
3. Przygotowanie planów leczenia brachyterapią:

1) przyjęcie od lekarza radioterapeuty zlecenia na wykonanie planu leczenia techniką brachyterapii,
2) uczestniczenie w obrazowaniu CT do celów planowania leczenia,
3) uczestniczenie w obrazowaniu RTG pozwalającym na lokalizację położenia aplikatorów,
4) wykonanie planu leczenia,
5) przedstawienie do oceny lekarzowi radioterapeucie planu leczenia,
6) współpraca z lekarzem radioterapeutą w zakresie wyboru optymalnego planu leczenia,
7) zaaprobowanie ostatecznej wersji planu leczenia,
8) weryfikacja i sprawdzenie zaaprobowanego przez lekarza radioterapeutę planu leczenia,
9) przesłanie planu leczenia do systemu sterującego aparatem terapeutycznym,
10) udział w realizacji planu leczenia.

4. Uczestniczenie i wspomaganie lekarza w zabiegach hipertermii.
5. Uczestniczenie w zabiegach brachyterapii zgodnie z zakresem uprawnień.
6. Wykonywanie kontroli specjalistycznej radiologicznych urządzeń użytkowanych w Szpitalu.
7. Wykonywanie kontroli eksploatacyjnych akceleratorów medycznych, symulatorów, skanerów CT używanych dla potrzeb radioterapii, urządzeń do brachyterapii zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
8. Weryfikacja dozymetryczna planów leczenia.
9. Wykonywanie pomiarów dozymetrycznych do systemów planowania leczenia i weryfikacja poprawnego działania tych systemów.
10. Prowadzenie działalności szkoleniowej:
    1) szkolenie specjalizantów w ramach staży wymaganych do specjalizacji,
    2) organizowanie kursów specjalizacyjnych,
    3) szkolenie studentów w ramach wakacyjnych praktyk studenckich,
    4) szkolenie uczniów policealnych szkół dla techników elektroradiologii w zakresie teleradioterapii i brachyterapii,
    5) uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach.

## Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa

§ 92.

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa należy w szczególności:
    1) sprawowanie w imieniu Dyrektora Szpitala zwierzchniego nadzoru nad służbami i stanowiskami pracy, realizującymi zadania w zakresie ochrony informacji niejawnych w oparciu o wiedzę przekazaną przez bezpośrednich przełożonych nadzorowanych służb i dokonanie analiz ewentualnych zagrożeń,
    2) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala informacji, prognozy i wniosków dotyczących aktualnego stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych,
    3) opiniowanie wszelkich opracowań, planów, procedur, projektów i innej dokumentacji w zakresie zgodności z obowiązującymi przepisami nadzorowanej problematyki, przedkładanej do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala,
    4) prowadzenie kontroli w zakresie realizacji poleceń wydanych przez Dyrektora Szpitala i zewnętrzne organa kontrolne,

5) opiniowanie, opracowywanie projektów wewnętrznych unormowań prawnych, zarządzeń i decyzji mających wpływ na poprawę stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych,
6) współpraca z organami administracji publicznej i państwowej, Policji, Agencji Bezpieczeństwa, Państwowej Straży Pożarnej, innymi jednostkami służby zdrowia, organami administracji wojskowej i innymi instytucjami w zakresie nadzorowanej problematyki,
7) koordynowanie współpracy służb i stanowisk pracy w zakresie zapewnienia właściwego stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych,
8) dokonywanie bieżącej oceny i aktualizacji wewnętrznych aktów prawnych w nadzorowanym zakresie pod kątem ich zgodności z obowiązującymi przepisami prawa,
9) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, wynikających z opracowanych planów.

## Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej

§ 93.

1. Do zadań Inspektora ds. Obronnych i Obrony Cywilnej należy w szczególności:
   1) organizowanie i koordynowanie zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i przedsięwzięć obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii,
   2) nadzór i koordynacja przedsięwzięć związanych z planowanym poszerzeniem szpitalnej bazy łóżkowej oraz wydzielaniem łóżek dla potrzeb Sił Zbrojnych oraz MSW,
   3) opracowywanie planów i innych dokumentów z zakresu spraw obronnych i obrony cywilnej oraz stała ich aktualizacja,
   4) opracowywanie planów szkolenia z zakresu spraw obronnych i obrony cywilnej oraz prowadzenie szkolenia z osobami realizującymi zadania z nimi związane w Szpitalu,
   5) bieżąca analiza i aktualizacja wewnętrznych aktów i przepisów prawnych dotyczących spraw obronnych i obrony cywilnej,
   6) opracowanie dokumentacji stałego dyżuru oraz jej aktualizacja,
   7) prowadzenie szkolenia dla osób wytypowanych do pełnienia stałych dyżurów,
   8) przestrzeganie zasad wytwarzania i obiegu dokumentów niejawnych określonych w Planie Ochrony Informacji Niejawnych, Instrukcji Dotyczącej Sposobu i Trybu Przetwarzania Informacji Niejawnych Oznaczonych Klauzulą „Poufne" i „Zastrzeżone" oraz przepisach prawa,
   9) sporządzanie dokumentów sprawozdawczych i innych dla potrzeb przełożonych i organów nadrzędnych,
   10) współpraca z Działem Kadr w zakresie typowania pracowników ŚCO do wyłączenia od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w czasie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
   11) prowadzenie magazynu i utrzymywanie na wysokim poziomie sprzętu i materiałów obrony cywilnej,
   12) współpraca z właściwymi organami administracji państwowej i samorządowej, terenowymi organami administracji wojskowej, Inspektorami ds. obronnych instytucji podległych Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego,

13) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonych,
14) uczestniczenie w szkoleniu obronnym organizowanym przez organy nadrzędne.

## Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych

§ 94.

1. Do Zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy w szczególności:
   1) Przedkładanie Dyrektorowi Szpitala informacji, prognozy i wniosków dotyczących aktualnego stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych,
   2) opiniowanie wszelkich opracowań, planów, procedur, projektów i innej dokumentacji w zakresie zgodności z obowiązującymi przepisami nadzorowanej problematyki, przedkładanej do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala,
   3) prowadzenie kontroli w zakresie realizacji poleceń wydanych przez Dyrektora Szpitala i zewnętrzne organa kontrolne,
   4) opiniowanie, opracowywanie projektów wewnętrznych unormowań prawnych, zarządzeń i decyzji mających wpływ na poprawę stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych,
   5) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, wynikających z opracowanych planów.

## Kancelaria Spraw Obronnych

§ 95.

Kancelaria Spraw Obronnych jest odpowiedzialna za właściwe rejestrowanie, przechowywanie, obieg i wydawanie uprawnionym osobom materiałów opatrzonych stosownymi klauzulami.

## Centrum Nadzoru Infrastruktury Technicznej

§ 96.

1. Do zadań Centrum Nadzoru Infrastruktury Technicznej należy w szczególności:
   1) kontrolowanie i monitorowanie dostępu wejść do obiektów Szpitala,
   2) kontrola zabezpieczeń drzwi do poszczególnych stref,
   3) prowadzenie bieżącej kontroli przydzielonych stref dostępu pracownikom oraz przemieszczania się ich po zakończonej pracy w obiektach Szpitala,
   4) bieżąca analiza zdarzeń pod kątem wypracowania optymalnego zabezpieczenia obiektów Szpitala,
   5) systematyczna zmiana hasła dostępu do programu monitorującego,
   6) szczególna ochrona danych osobowych i informacji określonych w wewnętrznych aktach prawnych, planach i instrukcjach,
   7) nadzór nad sprawnym i prawidłowym funkcjonowaniem systemu monitorowania, sterowania i kontroli dostępu oraz urządzeń zainstalowanych w Centrum Nadzoru Infrastruktury Technicznej,
   8) zapewnienie w Szpitalu ciągłej i nieprzerwanej całodobowej pracy monitorowania,

9) prowadzenie raportów z przebiegu dyżurów,
10) stała współpraca ze służbami technicznymi i ochroną obiektów Szpitala,
11) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonych,
12) nadzór nad ochroną fizyczną obiektów Szpitala, która realizowana jest przez podmioty zewnętrzne, w ramach umowy zlecenia, wyłonione w drodze zamówienia publicznego (szczegółowe zadania dla ochrony obiektów określane są każdorazowo w Instrukcji Ochrony Obiektów dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, która jest integralną częścią umowy podpisywanej ze zleceniobiorcą),
13) powołanie punktu i pełnienie dyżuru stałego centrum zarządzania na terenie ŚCO w momencie zagrożenia bezpieczeństwa narodowego lub stanu kryzysowego,
14) współpraca z Działem Inwestycji oraz Działem Technicznym pod kątem integracji nowych systemów z istniejącym systemem automatyki budynkowej BMS,
15) tworzenie interfejsów graficznych służących do monitorowania oraz sterowania.

## Inspektor Ochrony Danych

§ 97.

1. Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy w szczególności:
   1) nadzorowanie przestrzegania zasad zabezpieczenia technicznego i organizacyjnego zapewniającego ochronę przetwarzania danych osobowych w Szpitalu,
   2) nadzorowanie prac przy opracowywaniu i aktualizacji projektów wymaganych prawem dokumentów wewnętrznych: polityki bezpieczeństwa danych osobowych oraz instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych,
   3) przydzielanie uprawnień do dostępu do informacji związanych z bezpieczeństwem danych osobowych,
   4) kontrolowanie prawidłowego wykonania wdrożonych i przekazanych do stosowania dokumentów pomocniczych polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
   5) prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
   6) kontrolowanie pracowników i innych osób upoważnionych do wykonywanych przez nich obowiązków związanych z ochroną przetwarzanych danych osobowych,
   7) kontrolowanie służb informatycznych pod względem skuteczności zastosowanych środków fizycznych, sprzętowych i programowych, mających na celu zachowanie poufności, integralności i rozliczalności danych osobowych,
   8) kontrolowanie komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy zajmujących się przetwarzaniem, przechowywaniem i archiwizacją dokumentów papierowych zawierających dane osobowe pod względem prawidłowego zabezpieczenia tych dokumentów,
   9) kontrolowanie podmiotów trzecich, którym powierzono do przetwarzania dane osobowe pod względem zabezpieczenia tych danych,
   10) podejmowanie stosownych działań w przypadku naruszeń ochrony danych osobowych w Szpitalu, identyfikowanie przyczyn naruszenia i osób odpowiedzialnych oraz przedstawianie wniosków Dyrektorowi dotyczących przywracania prawidłowego stanu.

§ 98.

1. W ramach delegowania zadań Inspektor Ochrony Danych zobowiązuje wszystkich Kierowników komórek organizacyjnych i Samodzielnych Stanowisk Pracy, w których przetwarzane są dane osobowe do:
   1) odpowiedzialności za ochronę i zgodne z przepisami prawa przetwarzanie danych osobowych w ramach nadzorowanej komórki organizacyjnej,
   2) współpracy i realizacji wytycznych, poleceń Inspektora Ochrony Danych w zakresie ochrony danych osobowych.

## Dział Zarządzania Jakością

§ 99.

1. Do zadań Działu Zarządzania Jakością należy:
   1) planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację,
   2) integrowanie wprowadzanych systemów zarządzania jakością i zapewnienia jakości z już funkcjonującymi w Szpitalu systemami zarządzania,
   3) nadzorowanie realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania jakością i zarządzania bezpieczeństwem żywności,
   4) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów i procedur dotyczących poprawy jakości świadczonych usług przez Szpital,
   5) ogólny nadzór nad dokumentacją zintegrowanego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem żywności,
   6) ocena satysfakcji pacjentów z warunków pobytu i jakości świadczonej opieki w Działach i Poradniach Specjalistycznych Szpitala,
   7) zapewnienie, że zostały określone wymagane i właściwe procesy zintegrowanego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem żywności,
   8) planowanie i sterowanie programem audytów wewnętrznych,
   9) przygotowywanie (zbieranie) wskaźników i materiałów pozwalających ocenić skuteczność funkcjonowania systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem żywności,
   10) współpraca ze stronami zewnętrznymi w sprawach dotyczących zintegrowanego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem żywności,
   11) rozpowszechnianie założeń i wymagań w zakresie systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem żywności wśród wszystkich pracowników Szpitala,
   12) szkolenia personelu w zakresie zintegrowanego systemu zarządzania,
   13) przedstawianie Dyrektorowi sprawozdań dotyczących funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania oraz potrzeb związanych z doskonaleniem systemu,
   14) planowanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania.

## Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji

§ 100.

1. Do zadań Działu Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji należy w szczególności:
   1) kierowanie i koordynowanie całokształtem prac Działu w zakresie prawidłowości i terminowości wykonywanych zadań, zgodności z obowiązującym stanem prawnym,
   2) nadzorowanie prac w zakresie:
      a) obsługi pacjentów bez uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnionych na podstawie innych przepisów,
      b) prawidłowości i płynności rejestracji chorych korzystających z usług Poradni Specjalistycznych, w tym rejestracji osobistej, przez osoby trzecie, telefonicznie (call-center) i drogą elektroniczną.
   3) nadzór nad prawidłowością i rzetelnością sporządzania dokumentacji medycznej pod kątem zgodności z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
   4) dokonywanie kontroli poprawności wykonywanych zadań przez pracowników Działu,
   5) szkolenie pracowników w zakresie interpretacji przepisów obowiązujących przy wykonywaniu zadań objętych ich zakresem czynności,
   6) przestrzeganie dyscypliny pracy, zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Szpitala, przepisów BHP i ppoż oraz zachowanie tajemnicy służbowej,
   7) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora.

## Sekcja ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

§ 101.

1. Do zadań pracowników zatrudnionych w Sekcji ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy należy:
   1) bieżące informowanie pracodawcy (osoby kierujące pracownikami) o stwierdzonych, podczas przeprowadzonych kontroli, zagrożeniach zawodowych, przedstawianie wniosków zmierzających do usuwania tych zagrożeń,
   2) zgłaszanie wniosków, propozycji i opinii dotyczących planowanych, przekazywanych do użytkowania, modernizowanych, stosowanych procesów pracy i miejsc ich wykonywania,
   3) udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, procedur, ogólnych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. Opiniowanie szczegółowych instrukcji pracy w zakresie dotyczącym bezpieczeństwa i higieny pracy,
   4) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe. Kompletowanie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz prowadzenie rejestrów. Udział w postępowaniach powypadkowych,
   5) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie organizowania i zapewnienia szkoleń (wstępnych i okresowych) w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,
   6) udział w przeprowadzaniu oceny ryzyka zawodowego,
   7) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami przy identyfikowaniu, przeprowadzaniu badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia oraz sposobów ochrony

pracowników przed takimi czynnikami lub warunkami uciążliwymi występujących w środowisku pracy, prowadzenie wymaganej dokumentacji w tym zakresie,

8) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
9) współpraca z komórkami organizacyjnymi, zespołami, przy podejmowaniu i realizacji działań związanych z przestrzeganiem przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz mających na celu ochronę zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy.

## Dział Kadr

§ 102.

1. Dział Kadr podlega bezpośrednio Dyrektorowi oraz merytorycznie Zastępcy Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych.
2. Do zadań Działu Kadr należy w szczególności:
   1) realizowanie zadań z zakresu zatrudnienia pracowników,
   2) prowadzenie ewidencji osobowej zatrudnionych pracowników,
   3) obsługa kadrowa pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   4) prowadzenie dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy pracowników i akt archiwalnych byłych pracowników,
   5) przygotowywanie dokumentacji niezbędnej do naliczania płac,
   6) ustalanie wymiaru czasu pracy, opracowywanie planów i prowadzenie ewidencji wykorzystania urlopów wypoczynkowych, okolicznościowych i bezpłatnych,
   7) opracowywanie danych statystycznych z zakresu zatrudnienia dla potrzeb organów statystycznych oraz na zlecenie innych podmiotów zewnętrznych,
   8) prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych we współpracy ze związkami zawodowymi,
   9) kompletowanie wniosków emerytalnych i rentowych pracowników odchodzących na emeryturę lub rentę i prowadzenie z ZUS korespondencji w tej sprawie,
   10) prowadzenie dokumentacji z zakresu praktyk studenckich, zawodowych,
   11) przeprowadzanie kontroli dyscypliny pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,
   12) przygotowywanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej,
   13) sporządzanie comiesięcznych zestawień i sprawozdań,
   14) prowadzenie spraw związanych z wyłączeniem pracowników ŚCO od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w razie wojny, współpraca w tym zakresie z Inspektorem ds. Obronnych i OC.

## Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

## Izba Przyjęć

§ 103.

1. Izba Przyjęć (Recepcja) podlega nadzorowi Dyrektora oraz Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. W skład personelu Izby Przyjęć (Recepcji) wchodzą:
   1) pielęgniarki,
   2) pracownik gospodarczy,
   3) pracownik Depozytu Ubrań.

§ 104.

1. Do Zadań Izby Przyjęć (Recepcji) należy w szczególności:
   1) przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
   2) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
2. Dokumentacja Izby Przyjęć (Recepcji):
   1) Księga Przyjęć Chorych do Szpitala (księga w wersji elektronicznej),
   2) Książka Porad Ambulatoryjnych i Zgonów.
3. Postępowanie w razie zgonu pacjenta jest przeprowadzane zgodnie z Rozporządzeniami i wewnętrzną procedurą Szpitala.

§ 105.

1. Przyjęcie pacjenta do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ następuje w trybie nagłym i planowym.
2. Przyjęcie planowe następuje na podstawie skierowania od lekarza specjalisty z właściwej Poradni Specjalistycznej Szpitala. Przyjęcia planowe w Izbie Przyjęć (Recepcji) odbywają się od poniedziałku do piątku.
3. Poza godzinami pracy Izby Przyjęć (Recepcji) pacjenci przyjmowani są bezpośrednio przez personel pielęgniarski Działu, do którego skierowany jest pacjent.
4. Chorzy przyjmowani do Szpitala powinni okazać się odpowiednim skierowaniem do danego Działu, wynikami badań, konsultacji lekarskich, dowodem tożsamości.
5. Po ustaleniu tożsamości pacjenta przyjmowanego do Szpitala dokonuje się jego identyfikacji na zasadach i trybie określonym w przepisach szczególnych.
6. Przyjmując pacjenta do Działu Szpitala sporządza się dokumentację medyczną zgodną z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 106.

1. Do zadań personelu Izby Przyjęć (Recepcji) należy w szczególności:
   1) po przyjęciu pacjenta a przed umieszczeniem go w Klinice / Dziale, w razie konieczności należy:

1. doprowadzić pacjenta do wymaganego stanu higienicznego poprzez kąpiel lub mycie ciepłą wodą z mydłem, mycia ciężko chorego pacjenta musi dokonać pielęgniarka,
2. w razie potrzeby przydzielić choremu czystą odzież szpitalną,
3. przyjęcie od pacjenta, przez pracownika Depozytu odzieży oraz innych rzeczy osobistych w depozyt (Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione przy sobie i nie zadeklarowane do przechowania),
4. obłożnie chorego pielęgniarka Izby Przyjęć (Recepcji) powinna przetransportować w pozycji leżącej lub siedzącej, natomiast pacjentów samodzielnie poruszających się doprowadzić do Kliniki/Działu.

2) pielęgniarka Izby Przyjęć (Recepcji) zobowiązana jest do zapoznania chorego z Kartą Praw Pacjenta oraz przyjąć oświadczenia pacjenta, wynikające z odrębnych przepisów.

## Centralna Sterylizatornia

§ 107.

1. Centralna Sterylizatornia jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala, w skład której wchodzi Centralna Stacja Łóżek.
2. Nadzór nad Centralną Sterylizatornią sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
3. Do zadań Centralnej Sterylizatorni w szczególności należy:
   1) mycie i dezynfekcja właściwa narzędzi przyjmowanych do Centralnej Sterylizatorni,
   2) przygotowywanie, opracowywanie, pakowanie oraz sterylizacja materiału zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi odpowiadającymi obowiązującym normom,
   3) stała kontrola bakteriologiczna materiałów poddawanych procesom sterylizacji,
   4) planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację,
   5) planowanie, organizowanie i prowadzenie ciągłej kontroli przyjętych technologii: dezynfekcji wstępnej, mycia, dezynfekcji właściwej, suszenia, pakowania, sterylizacji, przechowywania po sterylizacji i dystrybucji materiału sterylnego,
   6) nadzorowanie realizacji zadań przez podległy personel,
   7) współuczestniczenie w opracowaniu standardów organizacyjnie dotyczących systemu pracy Centralnej Sterylizatorni,
   8) opracowanie i doskonalenie systemu informacji i dokumentacji w Centralnej Sterylizatorni,
   9) planowanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań przez podległy personel,
   10) wdrażanie nowych technologii w dziedzinie dezynfekcji i sterylizacji,
   11) mycie i właściwa dezynfekcja łóżek w Centralnej Stacji Łóżek.

## Pobieralnia krwi

§ 108.

1. Do zadań Pobieralni Krwi należy w szczególności:
   1) pobieranie materiału do badań sprzętem jednorazowego użytku, zgodnie z zachowaniem procedur aseptyki i antyseptyki,

2) weryfikacja materiału pobranego do badań z danymi ze skierowania, umieszczenie go w odpowiednich probówkach, oznaczenie i zabezpieczenie,
3) przekazanie materiału do badań wraz ze skierowaniem właściwym pracowniom w celu wykonania zleconych badań,
4) przygotowywanie materiału do transportu – w przypadku badań wykonywanych przez podmioty zewnętrzne.

## Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Przychodni Onkologicznej

§ 109.

W strukturze Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego funkcjonuje Gabinet Zabiegowy Przychodni Onkologicznej.

## Pion Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych

## Dział Finansowo-Księgowy

§ 110.

1. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego w szczególności należy:
   1) dekretacja i sprawdzanie pod względem formalnym i rachunkowym dokumentów finansowych,
   2) prowadzenie księgowości statystycznej,
   3) nadzór i kontrola księgowości analitycznej, uzgadnianie zapisów analitycznych z kontami syntetycznymi,
   4) prowadzenie rejestrów bankowych, uzgadnianie sald,
   5) prowadzenie rejestrów kasowych,
   6) sporządzanie przelewów, wystawianie czeków rozrachunkowych oraz rozliczanie z pobranych czeków,
   7) rozliczanie delegacji służbowych,
   8) rozliczanie pracowników z pobranych zaliczek,
   9) przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat. Pobieranie gotówki z banku oraz organizowanie i zapewnienie bezpieczeństwa podczas transportu gotówki,
   10) przyjmowanie, wydawanie i ewidencja zabezpieczeń i gwarancji,
   11) ewidencja krajowych i zagranicznych rozrachunków z tytułu dostaw i usług na rzecz działalności podstawowej, socjalnej i inwestycyjnej,
   12) prowadzenie rozliczeń z tytułu realizowanych programów zdrowotnych,
   13) sporządzanie i ewidencja faktur sprzedaży,
   14) Zapewnienie terminowego rozliczenia podatków, opłat i innych obciążeń z Budżetu Państwa - ewidencja tych rozliczeń,
   15) zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych,
   16) prowadzenie korespondencji dotyczącej rozliczeń,
   17) prowadzenie bieżących przychodów i rozchodów magazynów, materiałów medycznych i niemedycznych,
   18) bieżąca kontrola i analiza prawidłowości prowadzenia zapasów magazynowych,

19) prowadzenie ewidencji wartościowej dla towarów wydawanych i przyjmowanych z magazynu Apteki Szpitalnej,
20) uzgadnianie comiesięczne ksiąg analitycznych z księgami syntetycznymi prowadzonymi przez Dział Księgowości,
21) uzgadnianie comiesięczne stanów zapasów ewidencji komputerowej z kartotekami magazynowymi,
22) sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej, w terminach określonych przepisami,
23) przygotowywanie materiałów do sprawozdań na potrzeby jednostek zewnętrznych,
24) sporządzanie rozliczeń i planów inwestycyjnych,
25) prowadzenie spraw z zakresu finansowego inwestycji.

## Ewidencja Majątku i Inwentaryzacji

§ 111.

1. Do zadań Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji należy w szczególności:
   1) prowadzenie ewidencji analitycznej środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych,
   2) naliczanie amortyzacji od środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych oraz comiesięczne przekazywanie tych informacji do Działu Finansowo-Księgowego,
   3) uzgadnianie z Działem Księgowości wartościowego stanu środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych,
   4) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie prawidłowej ewidencji środków trwałych oraz wyposażenia,
   5) sporządzanie harmonogramu inwentaryzacji rocznej w systemie ciągłym, nadzór nad realizacją tego harmonogramu,
   6) sporządzanie arkuszy spisów z natury,
   7) uczestniczenie w spisach z natury majątku trwałego i obrotowego Szpitala. Rozliczanie inwentaryzacji, uzgadnianie i sporządzanie różnic inwentaryzacyjnych, wyjaśnienie tych różnic,
   8) kompletowanie dokumentów do likwidacji środków trwałych i wyposażenia,
   9) uczestniczenie w pracach Komisji Kasacyjnej,
   10) sporządzanie zestawień na potrzeby sprawozdawczości finansowej i ekonomicznej.

## Płace

§ 112.

1. Do zadań Sekcji Płac należy w szczególności:
   1) sporządzanie list płac pracowników,
   2) prowadzenie na bieżąco kart zasiłkowych oraz kart wynagrodzeń dla pracowników,
   3) sporządzanie Rp7 do kapitału początkowego dla pracowników pozostających w stosunku pracy oraz dla byłych pracowników,
   4) sporządzanie „Informacji o uzyskanych dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy" – PIT 11 i PIT 40 na koniec każdego roku księgowego,

5) naliczanie zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzeń pracowniczych i rozliczanie się z Urzędem Skarbowym sporządzając deklarację,
6) naliczanie składki na ubezpieczenie społeczne, sporządzanie raportów ZUS, RCA, RSA, RZA, oraz deklaracji DRA w programie Płatnik,
7) dokonywanie korekt deklaracji rozliczeniowych wystawionych przez ZUS,
8) sporządzanie na życzenie pracownikom „Raportów miesięcznych – ZUS RMUA",
9) Rozliczanie i kontrola miesięcznie wydatkowanych środków przeznaczonych na finansowanie umów rezydenckich,
10) prowadzenie spraw związanych z egzekucjami sądowymi i administracyjnymi z poborów pracowniczych,
11) wystawianie zaświadczeń dotyczących zatrudnienia i wynagrodzenia na wniosek pracownika,
12) sporządzanie zestawień i sprawozdań.

## Dział Żywienia

§ 113.

1. Dział Żywienia jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór nad Działem Żywienia sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych.
3. Do zadań Działu Żywienia należy w szczególności:
   1) wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej dietetyki i higieny żywienia, oraz koordynowanie pracy poszczególnych komórek Szpitala współdziałających w żywieniu chorych,
   2) sprawowanie nadzoru fachowego nad działalnością kuchenek oddziałowych oraz urządzeń służących do wewnątrzszpitalnego transportu posiłków,
   3) nadzór nad działalnością kuchenek oddziałowych, w szczególności kontrolę i instruktaż w zakresie:
      a) porcjowania i rozdawania gotowych potraw,
      b) urządzenia, wyposażenia i stanu sanitarnego pomieszczeń,
      c) edukacji personelu w dziedzinie zasad zdrowego żywienia.

## Dział Administracyjno-Gospodarczy

§ 114.

1. W strukturze organizacyjnej Działu Administracyjno-Gospodarczego funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
   1) Sekcja Utrzymania Czystości,
   2) Sekcja Gospodarcza,
   3) Zespół Zaopatrzenia,
   4) Kancelaria,
   5) Punkt Przyjmowania i Rozdziału Bielizny,
   6) Szwalnia.

§ 115.

1. Do zadań Działu Administracyjno-Gospodarczego należy w szczególności:
   1) utrzymanie w należytym stanie sanitarnym wszystkich pomieszczeń Szpitala tj. sprzątanie, mycie i dezynfekcja powierzchni,
   2) koordynacja pracy serwisantek oraz nadzór nad gospodarowaniem i ewidencją środków czystości,
   3) utrzymanie w czystości chodników, parkingów, dróg wewnętrznych i terenów zielonych wokół Szpitala,
   4) współpraca z Samodzielnym Stanowiskiem ds. Sanitarno-Epidemiologicznym,
   5) zgłaszanie do Działu Technicznego zauważonych w trakcie sprzątania, uszkodzeń wyposażenia i pomieszczeń,
   6) przyjmowanie ilościowe i wartościowe towarów do magazynów oraz ich wydawanie zgodnie z zapotrzebowaniem zamawiającego,
   7) gospodarka używanymi meblami i sprzętem,
   8) współpraca z Działem Księgowości w zakresie prowadzenia ewidencji towarów i dokumentacji,
   9) współpraca z SSP ds. BHP i Szwalnią w zakresie gospodarowania odzieżą ochronną i roboczą,
   10) współpraca z Działem Technicznym w zakresie utrzymania należytego stanu technicznego i sanitarnego w budynku Hotelu Pracowniczego, naliczanie opłat czynszu osobom zakwaterowanym w Hotelu Pracowniczym,
   11) prowadzenie obsługi kancelaryjnej Szpitala tj. ewidencja, wysyłanie i przyjmowanie korespondencji i przesyłek oraz dostarczanie ich do poszczególnych komórek organizacyjnych,
   12) dokonywanie bieżących zakupów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania wszystkich jednostek Szpitala zgodnie z zaakceptowanymi potrzebami,
   13) sporządzanie zamówień zgodnie z zawartymi umowami i protokołami Sekcji Zamówień Publicznych na zakup wyrobów medycznych, środków czystości, artykułów papierniczych, oraz innego asortymentu,
   14) sprawdzanie prawidłowości wystawionych faktur na zamówione towary,
   15) dokonywanie formalności związanych z reklamacjami towarów,
   16) współpraca z komórkami organizacyjnymi odnośnie zasad gospodarowania bielizną szpitalną (przyjmowanie bielizny brudnej i zaopatrzenie w czystą bieliznę i odzież ochronną),
   17) nadzór nad usługą prania świadczoną przez firmę zewnętrzną,
   18) szycie i reperacja bielizny szpitalnej, odzieży roboczej dla poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
   19) realizacja usług szycia i reperacji odzieży firmom zewnętrznym i osobom prywatnym

## Sekcja Obsługi Parkingu

§ 116.

Do zadań Sekcji należy bieżąca obsługa Parkingu, należącego do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

## Archiwum Zakładowe

§ 117.

1. Do zadań Archiwum Zakładowego należy w szczególności:
   1) przejmowanie dokumentacji spraw załatwionych kat. „A" i „B" z poszczególnych komórek organizacyjnych Świętokrzyskiego Centrum Onkologii,
   2) porządkowanie dokumentacji,
   3) przechowywanie, zabezpieczanie i ewidencja zgromadzonej dokumentacji,
   4) udostępnianie przechowywanej dokumentacji osobom upoważnionym przez Dyrektora,
   5) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w jej komisyjnym brakowaniu oraz przekazywanie wybrakowanej dokumentacji na makulaturę (o ile zapisy dokumentacji nie stanowią tajemnicy wynikającej z odrębnych przepisów) lub zniszczenie, po uprzednim uzyskaniu zezwolenia Archiwum Państwowego w Kielcach,
   6) przygotowanie materiałów archiwalnych do przekazania i udział w ich przekazaniu do Archiwum Państwowego w Kielcach,
   7) sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności Archiwum Zakładowego i stanu dokumentacji w Archiwum Zakładowym,
   8) doradzanie komórkom organizacyjnym w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją.

## Dział Transportu Wewnętrznego

§ 118.

1. Dział Transportu Wewnętrznego jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór nad Działem Transportu Wewnętrznego sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych.
3. Do zadań Działu Transportu Wewnętrznego należy zapewnienie transportu wewnętrznego na terenie Szpitala tj. posiłków, materiałów z magazynu i apteki, bielizny czystej i brudnej, odpadów komunalnych i medycznych, mebli oraz innego wyposażenia.

## Pion Zastępcy Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych

## Dział Prawny

§ 119.

1. Dział Prawny jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór zwierzchni nad Działem Prawny sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Prawno–Inwestycyjnych.

3. Radcy prawni funkcjonują na podstawie ustawy o radcach prawnych.
4. Radcy prawni świadczą pomoc prawną, polegającą w szczególności na udzielaniu porad prawnych, sporządzaniu opinii prawnych, opracowywaniu projektów aktów prawnych oraz występowaniu przed sądami i urzędami.

§ 120.

1. Do zadań Działu Prawnego w zakresie prawnym należy w szczególności:
   1) udzielanie organom kierowniczym opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
   2) przeprowadzanie konkursów ofert o udzielenie zamówienia przez Szpital na świadczenia zdrowotne zlecane innym podmiotom, dokumentowanie czynności konkursu, przygotowanie i zawieranie umów dotyczących konkursów,
   3) prowadzenie rejestru zawieranych umów,
   4) udzielanie jednostkom organizacyjnym pomocy prawnej w sprawach dotyczących ich zakresu działania a w szczególności informacji, porad prawnych i wyjaśnień związanych ze stosowaniem obowiązujących przepisów prawnych – na ich wniosek,
   5) udzielanie informacji o przepisach prawnych związkom zawodowym działającym w Szpitalu na ich wniosek,
   6) informowanie Dyrektora, Zastępców i Kierownictwa o istotnych dla działalności Szpitala nowo wydanych przepisach prawnych, a także o występujących nieprawidłowościach i faktach naruszania prawa na podstawie prowadzonych spraw oraz o skutkach tych uchybień,
   7) opiniowanie lub przygotowywanie projektów umów,
   8) opiniowanie pod względem prawnym: projektów wewnętrznych zarządzeń, regulaminów, instrukcji i innych aktów wydawanych w Szpitalu oraz innych spraw wymagających konsultacji prawnej.
2. Do zadań Działu Prawnego w zakresie organizacji i zarządzania należy w szczególności:
   1) koordynowanie prac związanych z opracowywaniem projektów struktury organizacyjnej Szpitala, działalności podstawowej i organizacyjnej, Statutu Szpitala, regulaminów jednostek działalności podstawowej i administracyjnej, instrukcji i wytycznych oraz dokonywania w nich zmian,
   2) bieżąca analiza struktur organizacyjnych w zakresie prawidłowości ich funkcjonowania oraz przygotowanie odpowiednich wniosków i zaleceń dotyczących usprawnienia pracy w jednostkach organizacyjnych i administracyjnych Szpitala,
   3) opiniowanie i współudział przy opracowywaniu projektów wewnętrznej struktury organizacyjnej i zakresów działania poszczególnych jednostek organizacyjnych,
   4) opracowywanie wewnętrznych aktów prawnych,
   5) prowadzenie ewidencji wewnętrznych aktów prawnych oraz przeprowadzanie ich weryfikacji,
   6) organizowanie obiegu informacji w ramach systemu zarządzania,
   7) obsługa organizacyjna i techniczna posiedzeń Rady Społecznej,
   8) sporządzanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej, sporządzanie wyciągów z protokołów z zebrań.

## Dział Zamówień Publicznych

§ 121.

1. Dział Zamówień Publicznych jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór zwierzchni nad Działem Zamówień Publicznych sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Prawno– Inwestycyjnych.
3. Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy w szczególności:
   1) koordynacja działalności związanej z realizacją zamówień publicznych,
   2) sporządzanie: „Planu postępowań przetargowych" na podstawie zgłoszeń kierowników komórek organizacyjnych i przedstawienie go Zastępcy Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych i Głównemu Księgowemu,
   3) sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań wynikających z Ustawy i Regulaminu o udzielenie zamówienia publicznego,
   4) kompletowanie aktów prawnych dotyczących realizacji zamówień publicznych,
   5) współpraca z Kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie opisu przedmiotu zamówienia i Zespołem Prawnym w zakresie właściwej interpretacji przepisów i aktów prawnych związanych z zamówieniami publicznymi,
   6) prowadzenie „Rejestru udzielonych zamówień publicznych",
   7) pełnienie funkcji doradczej w zakresie problematyki zamówień publicznych,
   8) systematyczna współpraca ze wszystkimi osobami uczestniczącymi, w postępowaniach o zamówienia publiczne w zakresie sporządzania dokumentacji w okresie planowania i przygotowywania postępowań,
   9) pełnienie funkcji Sekretarza Komisji Przetargowej przez pracowników Działu,
   10) kompletowanie i archiwizacja dokumentów związane z realizacją zamówień publicznych,
   11) systematyczne podnoszenie stanu swojej wiedzy w zakresie problematyki zamówień publicznych.

## Dział Inwestycji

§ 122.

1. Dział Inwestycji jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór zwierzchni nad Działem Inwestycji sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Prawno– Inwestycyjnych.
3. Do zadań Działu Inwestycji należy w szczególności:
   1) nadzorowanie remontów, modernizacji i inwestycji budynków i obiektów Szpitala realizowanych przez firmy zewnętrzne poprzez organizowanie: projektowania, wykonawstwa, nadzoru, rozliczeń kosztorysowych oraz uzyskiwania pozwoleń na użytkowanie obiektów i przekazywanie do eksploatacji,
   2) wnioskowanie przeprowadzania procedur zamówień publicznych na roboty, dostawy i usługi związane z działalnością remontowo - modernizacyjną i inwestycyjną obiektów szpitalnych,

3) prowadzenie, ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentacji związanej z działaniami, w szczególności: dokumentacji technicznej budynków, dokumentacji formalno-prawnej dotyczącej inwestycji i remontów.

## Dział Techniczny

§ 123.

1. Dział Techniczny jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór zwierzchni nad Działem Technicznym sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Prawno–Inwestycyjnych.
3. W strukturach Działu Technicznego funkcjonuje Ciepłownia.

§ 124.

1. Do zadań Działu Technicznego należy w szczególności:
   1) Prowadzenie czynności związanych z eksploatacją obiektów i budynków szpitalnych, zapewniających bieżące utrzymanie podległej infrastruktury w stanie umożliwiającym ciągłą realizację zadań Szpitala, w zakresie:
      a) przeglądów technicznych, prób, (okresowych) pomiarów i ekspertyz (opinii),
      b) wnioskowania i planowania likwidacji dostrzeżonych zagrożeń,
      c) usuwania awarii i usterek,
      d) prowadzenia prac konserwacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych,
      e) dbania o zapewnienie ciągłości dostaw mediów- gazów medycznych, wody, energii elektrycznej, centralnego ogrzewania, gazu ziemnego, łączności oraz dostępu do Internetu,
      f) uczestniczenia w opracowywaniu przez Dyrekcję planów rzeczowo- finansowych Szpitala i późniejsza realizacja celów inwestycyjno-remontowych,
      g) zabezpieczenie mienia zapewniającego bieżącą eksploatacje instalacji oraz obiektów (zarządzanie materiałami i narzędziami, w tym własne zaopatrzenie i magazynowanie),
      h) sprawowania merytorycznej opieki i nadzoru nad pracami wykonywanymi przez firmy zewnętrzne w zakresie infrastruktury technicznej,
      i) udziału w procedurach zamówień publicznych i opracowywaniu projektów umów dotyczących realizowanych zadań,
      j) współpracy z dostawcami (mediów), operatorami, serwisami i innymi firmami zewnętrznymi oraz urzędami.
2. Pozostałe zadania Działu Technicznego:
   1) prowadzenie rejestru zleceń oraz zgłoszeń, napraw, remontów bieżących i przeglądów-sprzętu, instalacji, urządzeń technicznych i budynków,
   2) nadzoru nad szkoleniami oraz podnoszeniem kwalifikacji pracowników Działu Technicznego, w szczególności w zakresie konieczności posiadania wymaganych uprawnień i certyfikatów,
   3) wykonywania działalności administracyjnej w obszarach realizowanych zadań i podległych pracowników, w tym opracowywanie procedur (także ISO), harmonogramów prac i przeglądów, kosztorysów i rozliczeń, rozliczeń czasu pracy,

4) realizacji zasad wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO 9001:2008,
5) zaopatrzenie w gazy medyczne oraz prowadzenie całodobowego nadzoru nad pracą urządzeń i instalacji związanych z gromadzeniem, wytwarzaniem i dystrybucją gazów medycznych.

## Ciepłownia

§ 125.

1. Ciepłownia funkcjonuje w strukturze organizacyjnej Działu Technicznego, bezpośredni nadzór sprawuje Kierownik Działu Technicznego, a nadzór zwierzchni sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Prawno–Inwestycyjnych.
2. Do zadań Ciepłowni należy w szczególności:
   1) wytwarzanie pary technologicznej i ciepłej wody do celów technologicznych i socjalnych,
   2) utrzymywanie w pełnej sprawności technicznej obiektów i urządzeń Ciepłowni, eksploatacja i konserwacja ciepłowniczej sieci przesyłowej oraz instalacji zewnętrznej,
   3) prowadzenie właściwej gospodarki w zakresie ochrony środowiska,
   4) zapewnienie prawidłowego opomiarowania produkowanych (wytwarzanych) mediów,
   5) zapewnienie prowadzenia eksploatacji Ciepłowni w ruchu ciągłym.

## Dział Aparatury Medycznej

§ 126.

1. Dział Aparatury Medycznej jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór zwierzchni nad Działem Aparatury Medycznej sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Prawno – Inwestycyjnych.
3. Do zadań Działu Aparatury Medycznej należy w szczególności:
   1) nadzór nad sprawną i bezpieczną pracą urządzeń i aparatury medycznej,
   2) konserwacje i drobne naprawy aparatury i sprzętu medycznego,
   3) nadzór nad prawidłową realizacją zawartych umów na konserwację i naprawy sprzętu medycznego przez firmy zewnętrzne,
   4) przeprowadzanie planowych przeglądów aparatury medycznej wraz z wpisami do paszportów,
   5) prowadzenie zaopatrzenia i ewidencji w materiały niezbędne do napraw i konserwacji sprzętu medycznego,
   6) współpraca z Działem Zamówień Publicznych na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na sprzęt i wyposażenie medyczne, w tym opracowanie opisów przedmiotu zamówienia,
   7) nadzór nad dokumentacją techniczną i zgodnością z przepisami (certyfikaty, dopuszczenia, świadectwa sprawności),
   8) aktualizacja bazy aparatury medycznej Szpitala,
   9) uczestnictwo w komisjach odbiorczych przy wdrażaniu nowego sprzętu.

## Sekcja Ochrony Środowiska

§ 127.

1. Nadzór zwierzchni nad Sekcją Ochrony Środowiska sprawuje Dyrektor ds. Prawno-Inwestycyjnych.
2. Do zadań Sekcji Ochrony Środowiska należy w szczególności:
   1) prowadzenie dokumentacji dotyczącej ochrony środowiska (przygotowanie sprawozdań, wniosków do uzyskania pozwoleń i decyzji administracyjnych z zakresu ochrony środowiska w ŚCO dla instytucji zewnętrznych),
   2) kontrolowanie przestrzegania przepisów prawnych dotyczących ochrony środowiska w ŚCO oraz dostosowania jego działań do obowiązujących wymagań prawnych,
   3) koordynowanie realizacji zaplanowanych działań w zakresie ochrony środowiska,
   4) dobór odbiorców odpadów i usługodawców w zakresie ochrony środowiska,
   5) prowadzenie ewidencji odpadów i wystawianie kart przekazania odpadów w systemie BDO,
   6) wprowadzanie i kontrolowanie przestrzegania obowiązujących procedur i instrukcji postępowania z odpadami wytwarzanymi w ŚCO,
   7) nadzór nad gospodarką odpadami: medycznymi, niebezpiecznymi oraz komunalnymi.

## SSP ds. Przeciwpożarowych

§ 128.

1. SS ds. Przeciwpożarowych podlega bezpośredniemu nadzorowi przez Zastępcę Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych.
2. Do zadań SS ds. Przeciwpożarowych należy w szczególności:
   1) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   2) prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala oraz opracowywanie zaleceń i wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony ppoż.,
   3) współdziałanie w zakresie szkolenia przeciwpożarowego i przygotowania pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu pożarom i podejmowania akcji ratowniczo gaśniczych,
   4) sprawowanie nadzoru nad wyposażeniem obiektów w podręczny sprzęt gaśniczy oraz oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych,
   5) opracowywanie i aktualizowanie Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego, planów ewakuacji, instrukcji alarmowania i planów obrony ppoż.,
   6) współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymagań przepisów ppoż. podczas projektowania prac remontowych, modernizacyjnych i adaptacyjnych,
   7) udział w komisyjnych odbiorach obiektów po zakończeniu prac remontowych, adaptacyjnych, instalacyjnych,

8) zgłaszanie wniosków o wyłączenie z użytkowania maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury grożących pożarem,
9) udział w komisyjnych dochodzeniach popożarowych, sporządzanie dokumentacji oraz przedstawianie stosownych wniosków,
10) wykonywanie innych prac z zakresu ochrony przeciwpożarowej zleconych przez przełożonych,
11) udział w realizacji zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, wynikających z opracowanych planów.

## SSP ds. Zarządzania Nieruchomościami

§ 129.

1. SS ds. Zarządzania Nieruchomościami podlega bezpośredniemu nadzorowi przez Zastępcę Dyrektora ds. Prawno-Inwestycyjnych.
2. Do zadań SS ds. Zarządzania Nieruchomościami należy w szczególności:
   1) opracowywanie wniosków w zakresie zarządzania nieruchomością gruntową i obiektową oraz ekonomiką inwestowania,
   2) organizacja funkcjonowania całej nieruchomości i wszystkich jej funkcji,
   3) ustalanie, uzgadnianie i realizacja celów strategicznych dotyczących nieruchomości, które łączą się z jej analizą i otoczenia,
   4) organizacja i nadzór nad terminowym dokonywaniem okresowych przeglądów i kontroli urządzeń kominiarskich, gazowniczych, przeciwpożarowych, elektrycznych, odgromowych, wentylacyjnych itp. w obiektach Szpitala,
   5) prowadzenie książek obiektów budowlanych,
   6) dokonywanie okresowych przeglądów obiektów budowlanych.

## Pion Zastępcy Dyrektora ds. Operacyjnych

## Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu

§ 130.

1. Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu jest samodzielną komórką organizacyjną, podlegającą nadzorowi przez Zastępcę Dyrektora ds. Operacyjnych.
2. Celem pracy Sekcji jest dokonywanie analiz ekonomicznych oraz sporządzenie informacji zarządczej, która jest narzędziem wspierającym wewnętrzne zarządzanie.
3. Wykonywane zadania dotyczą wszystkich obszarów działalności ŚCO, w szczególności kosztów i wyników finansowych. Wykorzystywane są do podejmowania różnego rodzaju decyzji zarządczych dla Dyrektora oraz jego Zastępców, Głównego Księgowego oraz dla Kierowników różnych szczebli zarządzania w zakresie zarządzania operacyjnego i strategicznego.
4. Do zadań Sekcji należy w szczególności:

1) miesięczne rozliczenie kosztów usług medycznych – weryfikacja zgodności danych o ilości i wartości składników kosztów po rozliczeniu z ilościami i wartościami przed rozliczeniem,
2) definiowanie i aktualizacja MPK (miejsc powstawania kosztów) oraz „kluczy" rozliczających koszty,
3) prowadzenie analiz kosztów, sprawozdań kosztowych i przychodów dla poszczególnych ośrodków kosztów działalności podstawowej i pomocniczej, kwartalne, półroczne i roczne audyty kosztowe;
(przekazanie oraz omówienie z Kierownikami kompleksowej informacji zarządczej),
4) sporządzanie kalkulacji kosztów jednostkowych dla komórek organizacyjnych działalności podstawowej medycznej i pomocniczej niemedycznej,
5) sporządzanie zestawień nakładów poniesionych na wykonanie procedury z wyszczególnieniem wszystkich zużytych zasobów (materiałów, czasu pracy personelu, itp.) umożliwiających określenie jej kosztu dla każdego sposobu wykonania,
6) aktualizacja składników kosztów procedur wynikająca ze zmian cen materiałów, metody wykonania oraz zmian kosztów osobowych,
7) dokonywanie analizy kosztów procedur medycznych,
8) sporządzanie kalkulacji kosztów i opisu nakładów dla procedur indywidualnych,
9) sporządzanie cenników usług medycznych wykonywanych w Szpitalu,
10) sporządzanie indywidualnych kalkulacji kosztów leczenia pacjentów np. pacjentów nieubezpieczonych, czy na zlecenie podmiotów zewnętrznych.
11) sporządzanie kalkulacji kosztów leczenia pacjentów do rozliczeń z NFZ wg procedury „Hospitalizacja za zgodą płatnika",
12) gromadzenie i weryfikacja danych z ewidencji wykonań dla wszystkich procedur i usług wykonywanych w ośrodkach,
13) ustalanie i aktualizacja wraz z Koordynatorami, Kierownikami Działów procentowego podziału czasu pracy między poszczególne komórki wchodzące w strukturę Działu w celu prawidłowego przypisania kosztu osobowego, na podstawie danych przekazywanych z Działu Kadr (dotyczy pracowników zatrudnionych na podst. Umowy o pracę - nowozatrudnionych i zmieniających komórkę organizacyjną).
14) wykonywanie wszelkich zestawień i analiz dotyczących kosztów i przychodów Szpitala na polecenie Dyrektora.

## Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej

§ 131.

1. Do zadań Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej należy w szczególności:
   1) przygotowanie i składanie ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia,
   2) obsługa aplikacji internetowych udostępnianych przez NFZ (SIMP, SMPT, SZOI, AP-DiLO, AP-KOLCE),
   3) przygotowanie, sprawdzenie i analiza poprawności rozliczeń z NFZ, ich przeprowadzenie aż do momentu uzyskania faktury VAT za wykonane w Szpitalu usługi zdrowotne,
   4) opiniowanie materiałów szczegółowych oraz wzorów umów o świadczenia zdrowotne zawieranych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia,

5) analiza realizacji umów o świadczenia zdrowotne oraz wdrażanie wynikających z tego tytułu wniosków,
6) prowadzenie statystyki medycznej Szpitala, oraz prowadzenie ksiąg głównych i pomocniczych związanych z pobytem chorego w Szpitalu,
7) sporządzanie comiesięcznych zestawień wykonanych świadczeń zdrowotnych w zakresie zawartych umów z NFZ,
8) nadzór nad prawidłowością i rzetelnością sporządzonej dokumentacji medycznej pod kątem zgodności z obowiązującymi przepisami w tym zakresie, we współpracy z Działem Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji oraz Działem Prawnym,
9) prowadzenie korespondencji dotyczącej zawartych umów oraz sposobu i zasad rozliczania świadczeń,
10) prowadzenie szkoleń personelu Szpitala w zakresie rozliczeń z NFZ,
11) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie kontraktowania, realizacji i rozliczeń umów o świadczenia zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia,
12) wykonywanie wszelkich zestawień i analiz dotyczących kosztów i przychodów Szpitala na polecenie Dyrektora.

## Dział Informatyki

§ 132.

1. Dział Informatyki jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Dział Informatyki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Operacyjnych.

§ 133.

1. Do zadań Działu Informatyki należy w szczególności:
   1) planowanie w porozumieniu z właściwymi jednostkami organizacyjnymi tworzenia nowych i rozbudowy istniejących systemów informatycznych,
   2) organizacja prac dotyczących tworzenia i rozbudowy systemów informatycznych,
   3) nadzór nad prawidłowością działania urządzeń sieciowych i sprzętu komputerowego,
   4) współpraca przy organizacji i zarządzaniu zasobami lokalnej sieci komputerowej,
   5) współpraca, wstępny instruktaż i pomoc w pracy użytkownikom oprogramowania ogólnoużytkowego i specjalistycznego funkcjonującego w Szpitalu,
   6) wykonywanie we własnym zakresie prac związanych z drobnymi naprawami sprzętu i adaptacjami oprogramowania,
   7) nadzór nad przeglądami, naprawami, konserwacją oraz uaktualnieniami systemów informatycznych funkcjonujących w Szpitalu,
   8) sprawowanie nadzoru nad likwidacją sprzętu komputerowego,
   9) zarządzanie kontami użytkowników i nadzór nad funkcjonowaniem mechanizmów uwierzytelniania użytkowników w systemach informatycznych,
   10) współpraca z firmami zewnętrznymi w zakresie utrzymania funkcjonalności systemów informatycznych zgodnie ze stosownymi zapisami umów serwisowych,

11) nadzór nad wykonywaniem kopii awaryjnych, ich przechowywaniem oraz okresowym sprawdzaniem pod kątem ich dalszej przydatności do odtwarzania danych w przypadku awarii systemu,
12) wykonywanie innych poleceń przełożonych w dziedzinie teleinformatyki.

# CZĘŚĆ II PORZĄDKOWA

## ROZDZIAŁ VII
## ZAKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 134.

1. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach realizuje świadczenia zdrowotne w następującym zakresie:
   1) leczenie i pielęgnowanie pacjentów w oddziałach całodobowych i dziennych,
   2) badania i porady ambulatoryjne,
   3) badania diagnostyczne, w szczególności w zakresie markerów nowotworowych, hormonów i enzymów, mammografii, ultrasonografii, tomografii komputerowej, RTG, rezonansu magnetycznego, scyntygrafii, pozytonowej tomografii emisyjnej oraz badań strukturalnych narządów wewnętrznych,
   4) podawanie lub wydawanie, do samodzielnego przyjmowania w domu, leków przeciwnowotworowych,
   5) rehabilitacja lecznicza,
   6) opieka lekarska psychiatryczna i psychologiczna,
   7) opieka paliatywno-hospicyjna pacjenta, będącego w terminalnym okresie choroby nowotworowej,
   8) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Szpitala,
   9) działania profilaktyczne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia.
2. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.

## ROZDZIAŁ VIII
## PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 135.

1. Rejestracja pacjentów dokonywana jest w informatycznym systemie szpitalnym.
2. Pacjenci przyjmowani są w trybie planowym i w razie wskazań medycznych w trybie pilnym.
3. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu zarówno ambulatoryjne jak i stacjonarne udzielane są według ustalonej kolejności, w dniach i godzinach ich udzielania.

4. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do oddziałów całodobowych lub dziennych Szpitala odbywa się w Izbie Przyjęć (Recepcji), na podstawie skierowania od lekarza lub bez skierowania (w sytuacjach nagłych).
5. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do poradni, zakładów lub pracowni odbywa się w rejestracji lub punktach rejestracji zlokalizowanych przy poszczególnych poradniach (konsolach), na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub bez skierowania, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpień 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

§ 136.

1. Dokumentacja medyczna w Szpitalu prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych w odpowiednich rodzajach świadczeń oraz właściwych dla nich Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Dokumentację wewnętrzną i zewnętrzną sporządza się z wykorzystaniem informatycznego systemu szpitalnego.
3. Za poprawność i zgodność prowadzonej dokumentacji medycznej z obowiązującymi przepisami odpowiada osoba udzielająca świadczeń oraz kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumentacja została sporządzona.
4. Szczegółowy zakres i obieg dokumentacji medycznej w Szpitalu określa Zarządzenie Dyrektora.

§ 137.

1. Celem ustalenia terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej zarówno każda Klinika, Dział, Zakład jak i poszczególne Poradnie Specjalistyczne zobowiązane są do prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia zgodnie ze wzorem, w której wpisuje się za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego następujące dane:
   1) numer kolejny,
   2) datę i godzinę wpisu,
   3) imię i nazwisko pacjenta,
   4) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
   5) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
   6) adres pacjenta,
   7) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
   8) termin udzielenia świadczenia,
   9) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu.
2. Równocześnie w prowadzonej liście, o której mowa wyżej należy dokonywać systematycznego wpisu informującego o dacie i przyczynie skreślenia pacjenta z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
3. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia stanowią integralna część dokumentacji medycznej prowadzonej przez poszczególne komórki organizacyjne.

4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia winna być prowadzona w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, przejrzystego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent niezwłocznie informuje o tym właściwą Klinikę, Dział, Zakład lub właściwą Poradnię Specjalistyczną. Właściwa Klinika, Dział, Zakład lub właściwa Poradnia jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje w liście oczekujących na udzielenie świadczenia termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie wszelkimi dostępnymi środkami (pisemnie, telefonicznie, faxem itd.) pacjenta o nowym terminie przyjęcia.
6. Nadzór nad poprawnością prowadzenia kolejek oczekujących w Szpitalu prowadzi zespół ds. oceny przyjęć.
7. W przypadku gdy pacjent nie może stawić się w Szpitalu w terminie określonym w liście oczekujących lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym właściwą Klinikę, Dział, Zakład lub właściwą Poradnię.
8. W przypadku świadczeń udzielanych na podstawie skierowania pacjent jest zobowiązany dostarczyć oryginał skierowania w ciągu 14 od daty wpisu w kolejkę oczekujących. W przypadku uchybienia w/w terminowi pacjent jest skreślany z listy oczekujących.
9. W przypadku świadczeń udzielanych na podstawie e-skierowania pacjent jest zobowiązany, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia udostępnić Szpitalowi klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1 ustawy lub kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2 ustawy, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

§ 138.

Kryteria medyczne, jakimi należy się kierować przy umieszczaniu pacjentów na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej określają odrębne przepisy.

§ 139.

1. Osoby zgłaszające się do Szpitala nieposiadające skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a także osoby nie posiadające uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych ponoszą pełną odpłatność za udzielone świadczenia.
2. O fakcie obciążenia kosztami udzielonego świadczenia personel komórki organizacyjnej zobowiązany jest poinformować pacjenta przed udzieleniem stosownego świadczenia.

§ 140.

1. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
   1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
   3) gdy zachodzi potrzeba kontynuacji leczenia pacjenta w innym podmiocie leczniczym,

4) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania lub odmowy leczenia w oddziale szpitalnym.
3. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu z oddziału na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza właściwą adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 141.

Zasady zlecania oraz rozliczania transportu sanitarnego dla pacjentów leczonych w Szpitalu określa odpowiednie Zarządzenie Dyrektora.

§ 142.

Procedura oraz sposób postępowania z osobami uprawnionymi do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z innych państw członkowskich EU/EFTA reguluje odpowiednie Zarządzenie Dyrektora.

§ 143.

1. W Szpitalu został opracowany Receptariusz Szpitalny oraz powołany Zespół ds. Szpitalnej Polityki Antybiotykowej (SPA).
2. Zgodnie z powszechnie obowiązującym standardem w Receptariuszu Szpitalnym określone zostały cztery kategorie leków:
   1) Lista A – leki podstawowe – do dyspozycji wszystkich lekarzy (warunki cenowe określane na bieżąco przez Komitet Terapeutyczny),
   2) Lista B - leki rezerwowe – mogą być zamawiane przez wszystkich lekarzy, ale wymagają pisemnej zgody Kierownika Kliniki/Działu,
   3) Lista C - leki rezerwowe – mogą być zamawiane przez wszystkich lekarzy, wymagają pisemnej zgody Kierownika Kliniki/Działu przy kontrasygnacie Przewodniczącego Komitetu Terapeutycznego lub innej upoważnionej przez niego osoby z wyłączeniem Kierownika Apteki Szpitalnej i z-cy kierownika Apteki Szpitalnej – indywidualna dawka leku na pacjenta na 5 dni (dotyczy głównie antybiotyków),
   Lista D - leki zastrzeżone - wydawane za pozwoleniem Dyrektora Szpitala lub Komitetu Terapeutycznego.

## ROZDZIAŁ IX
## UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NA ZASADACH KOMERCYJNYCH

§ 144.

1. Świadczenia zdrowotne wykonywane na rzecz pacjentów odpłatnie mogą być wykonywane w pełnym zakresie świadczeń realizowanych przez Szpital.
2. Świadczenia płatne przez pacjenta udzielane są pacjentom:
   1) u których wykonywane są świadczenia nie objęte kontraktem z NFZ,
   2) nieubezpieczonym lub innym osobom nieuprawnionym do korzystania ze świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych,
   3) pacjentom nieuprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
   4) pacjentom wyrażającym chęć leczenia na zasadach komercyjnych, w przypadkach dopuszczonych przepisami prawa.
3. Zasady udzielania oraz przebieg realizacji oraz finansowania świadczeń komercyjnych określa aktualne Zarządzenie Dyrektora.

§ 145.

1. Opłaty za świadczenia udzielane są zgodnie z obowiązującym w danym roku cennikiem, zatwierdzonym przez Dyrektora lub jego Zastępcę.
2. Informacja dotycząca rodzaju świadczeń odpłatnych oraz ceny jest umieszczona w widocznym dla pacjenta miejscu w danej jednostce organizacyjnej realizującej świadczenia.
3. Dokonanie płatności przez pacjenta za wykonane świadczenia medyczne następuje na podstawie druku zlecenia w Kasie lub na wskazane konto Szpitala.
4. Po dokonaniu płatności pacjent otrzymuje potwierdzenie zapłaty (paragon fiskalny/fakturę VAT).
5. Świadczenie odpłatne jest realizowane na rzecz pacjenta po okazaniu dowodu wpłaty.

## ROZDZIAŁ X
## PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 146.

1. Prawa i obowiązki Pacjenta w Szpitalu określa niniejszy Regulamin oraz aktualnie obowiązująca w Szpitalu „Karta Praw i Obowiązków Pacjenta".
2. Karta Praw i Obowiązków Pacjenta dostępna jest w każdej Klinice, Dziale, Zakładzie oraz Dziale Organizacji Świadczeń Zdrowotnych oraz na stronie internetowej Szpitala.
3. Pacjenci są informowani o przysługujących im prawach i obowiązkach podczas przyjęcia do Szpitala.
4. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad Pacjentem zobowiązany jest do udzielania informacji w tym zakresie.

## ROZDZIAŁ XI
## ZASADY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 147.

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej i odpłatności za jej udostępnianie odbywają się na podstawie odrębnych aktów prawnych i regulacji wewnętrznych Szpitala.
3. 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 dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
4. Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej opłata nie może przekraczać 0,00007, 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.
5. Za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, opłata nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

## ROZDZIAŁ XII
## WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZ.

§ 148.

1. Postępowanie w razie śmierci pacjenta określa Zarządzenie Dyrektora w tym zakresie.
2. Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 11 ustawy Szpital jest uprawniony do pobierania opłaty od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok, wymienionych w ustawie 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, w przypadku przechowywania zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.

## ROZDZIAŁ XIII
## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 149.

1. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania przez Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, po zaopiniowaniu Regulaminu przez Radę Społeczną Szpitala.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu w trybie jego wprowadzenia dokonuje Dyrektor pod rygorem nieważności.

3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają pozostałe akty prawne wewnętrzne Dyrektora i procedury przez niego zatwierdzone.
4. Niniejszy Regulamin jest zgodny ze Statutem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, jego aktami wewnętrznymi i innymi odrębnie obowiązującymi przepisami prawa.

DYREKTOR
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
(2)
*Prof. dr hab. n. med. Stanisław Góźdź*

**Załączniki:**

1. Załącznik nr 1 – Schemat Organizacyjny Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.
2. Załącznik nr 2 – Podział komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem przynależności do określonego zakładu leczniczego.
3. Załącznik nr 3 – Cenniki opłat określonych w art. 24 ustawy o działalności leczniczej.