



**REGULAMIN  
ORGANIZACYJNY  
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii  
w Kielcach**

**KIELCE, 18.12.2017 r.**

**Załącznik nr 1 do Uchwały Rady Społecznej nr 25/2020 z 28.07.2020 r.**

## Spis treści

## CZĘŚĆ I ORGANIZACYJNA

ROZDZIAŁ I PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA SZPITALA I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU .....	3
ROZDZIAŁ II POSTANOWIENIA OGÓLNE .....	3
ROZDZIAŁ III CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA .....	5
ROZDZIAŁ IV POLITYKI JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOŚCI .....	7
ROZDZIAŁ V ZARZĄDZANIE SZPITALEM .....	8
Zasady kierowania Szpitalem .....	8
Delegowanie uprawnień.....	10
Organy doradcze Dyrektora .....	14
Funkcjonowanie Szpitala .....	16
ROZDZIAŁ VI STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA .....	17
ROZDZIAŁ VII ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA .....	22
Czas i organizacja pracy Działów .....	22
Czas i organizacja pracy Poradni Specjalistycznych.....	27
Czas i organizacja pracy Zakładów i Pracowni Diagnostycznych .....	29
Czas i organizacja pracy pozostałych komórek organizacyjnych .....	38
Pion Dyrektora .....	38
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.....	51
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych .....	55
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych.....	61
<b>CZĘŚĆ II PORZĄDKOWA</b>	
ROZDZIAŁ VIII ZAKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ .....	67
ROZDZIAŁ IX PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ.....	68
ROZDZIAŁ X UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NA ZASADACH KOMERCYJNYCH .....	70
ROZDZIAŁ XI PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA .....	71
ROZDZIAŁ XII ZASADY ODWIEDZIN I UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA.....	72
ROZDZIAŁ XIII ZASADY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ .....	74
ROZDZIAŁ XIII POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA.....	76
ROZDZIAŁ XIV PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODZIEŻY .....	79
ROZDZIAŁ XV POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	81

## CZEŚĆ I ORGANIZACYJNA

### ROZDZIAŁ I

#### PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA SZPITALA I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU

##### § 1.

1. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach działa na podstawie:
  - a) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016, poz. 1638 t.j. z późn. zm.), zwana w dalszej części niniejszego Regulaminu „ustawą”,
  - b) Uchwały Wojewody Kieleckiego Nr 42/90 z dnia 25 lipca 1990 r w sprawie utworzenia Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
  - c) Statutu,
  - d) Innych przepisów prawa dotyczących ochrony zdrowia.
2. Regulamin Organizacyjny Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach został stworzony na podstawie art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej.

### ROZDZIAŁ II

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

##### § 2.

Ilekcroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

- a) **Dyrektorze** – należy przez to rozumieć powoływane go przez Organ Założycielski Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
- b) **Szpitalu** – należy przez to rozumieć Świętokrzyskie Centrum Onkologii,
- c) **Statucie** – należy przez to rozumieć Statut Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach nadanego Uchwałą Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego XXXVIII/544/17 z dnia 20 listopada 2017 r.,
- d) **Podmiocie tworzącym** – należy przez to rozumieć Województwo Świętokrzyskie,
- e) **komórce organizacyjnej** – należy przez to rozumieć wyodrębnioną w schemacie organizacyjnym strukturę organizacyjną Szpitala,
- f) **kierownikowi komórki organizacyjnej** – należy przez to rozumieć kierownika wyodrębnionej w schemacie organizacyjnym struktury organizacyjnej Szpitala,
- g) **Klinika** – zespół komórek organizacyjnych Szpitala, obejmujący działy, poradnie, zakłady, pracownie
- h) **Dział** - należy przez to rozumieć wyodrębnioną komórkę organizacyjną Szpitala z zakresu leczenia stacjonarnego,
- i) **świadczeniu opieki zdrowotnej** – należy przez to rozumieć świadczenie określone w przepisach dotyczących powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,

- j) **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:
  - a) cele i zadania Szpitala,
  - b) strukturę organizacyjną,
  - c) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
  - d) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - e) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - f) 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,
  - g) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - h) prawa i obowiązki pacjenta,
  - i) postępowanie w przypadku śmierci pacjenta.
2. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala. Zapisy Regulaminu wymagają zaopiniowania przez Radę Społeczną Szpitala. Zmiana Regulaminu Organizacyjnego wymaga zachowania procedury właściwej przy jego uchwaleniu.
3. Każdy pracownik Szpitala zobowiązany jest do zapoznania się z zapisami Regulaminu, przestrzegania i stosowania w czasie wykonywanych obowiązków. Obowiązek ten ciąży także na osobach świadczących dla Szpitala usługi dla na podstawie umów cywilnoprawnych.

Regulamin Organizacyjny w formie papierowej znajduje się w Sekcji Organizacyjnej, sekretariacie Dyrektora oraz 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.
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 i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych, innych niż szpitalne świadczeń obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz świadczeń ambulatoryjnych.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych 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:
  - a) leczenie i pielęgnowanie pacjentów w oddziałach całodobowych i oddziałach dziennych,
  - b) badania i porady ambulatoryjne,
  - c) 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,
  - d) podawanie lub wydawanie, do samodzielnego przyjmowania w domu, leków przeciwnowotworowych,
  - e) rehabilitacja lecznicza,
  - f) opieka lekarska psychiatryczna oraz psychologiczna,
  - g) opieka paliatywno-hospicyjna pacjenta, będącego w terminalnym okresie choroby nowotworowej,

- h) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Szpitala,
  - i) działania profilaktyczne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia.
6. Szpital prowadzi następujące rodzaje działalności leczniczej:
- a) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne w ramach zakładu leczniczego Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Szpital;
  - b) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w ramach zakładu leczniczego Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Paliacja;
  - c) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w ramach zakładu leczniczego Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Poradnie.
1. Szpital na podstawie umów zawartych z medycznymi uczelniami wyższymi prowadzi szkolenie przeddyplomowe w zawodach medycznych oraz pokrewnych. Zasady
2. Szpital na podstawie odrębnych przepisów prowadzi szkolenie podyplomowe w zawodach medycznych oraz pokrewnych.
3. Szpital może prowadzić badania kliniczne, programy zdrowotne oraz prace badawczo–rozwojowe.
4. Szpital realizuje zadania wynikające z ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz innych ustaw szczególnych.

## **ROZDZIAŁ IV**

### **POLITYKI JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOŚCI**

#### **§ 6.**

1. Polityki jakości i bezpieczeństwa żywności Szpitala są odpowiednie do celu jego istnienia oraz roli w łańcuchu żywnościowym.
2. Głównym celem obszaru polityki jakości Szpitala jest osiągnięcie i umocnienie pozycji wiodącego ośrodka onkologicznego w Polsce poprzez nowoczesne i efektywne zarządzanie jednostką oraz ustawiczne podnoszenie jakości wykonywanych świadczeń medycznych.
3. Realizacja polityk jakości i bezpieczeństwa żywności odbywa się poprzez:
- a) kompleksowość świadczonych usług, przy zastosowaniu nowoczesnej aparatury diagnostyczno-leczniczej, wykonywanych przez wyspecjalizowaną kadrę medyczną przy zachowaniu profesjonalizmu i bezpieczeństwa,
  - b) stworzenie warunków do systematycznego rozwoju pracowników poprzez zapewnienie możliwości doksztalcania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
  - c) zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym i zdarzeniom potencjalnie wypadkowym,
  - d) koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami profilaktycznymi realizowanymi w Szpitalu,
  - e) badanie poziomu satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług medycznych,
  - f) zapobieganie powstawaniu zanieczyszczeń środowiska naturalnego,

- g) zaspokojenie na najwyższym poziomie potrzeb żywieniowych każdego pacjenta i innych osób przez zapewnienie żywności spełniającej wymagania bezpieczeństwa, przygotowywanej w odpowiednich warunkach technologiczno-organizacyjnych, spełniających wszystkie wymagania higieniczne odnoszące się do procesu magazynowania surowców, produkcji posiłków i ich dystrybucji,
  - h) ciągle doskonalenie systemów zarządzania jakością, bezpieczeństwa żywności i zapewnienia jakości.
4. Polityki jakości i bezpieczeństwa żywności są ustanowione, odpowiednio udokumentowane, zakomunikowane i tworzą ramy do ustanawiania mierzalnych celów oraz są okresowo przeglądane pod względem ich ciągłej przydatności.

## **ROZDZIAŁ V**

### **ZARZĄDZANIE SZPITALEM**

#### **Zasady kierowania Szpitalem**

##### **§ 7.**

1. Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach kieruje Dyrektor i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektorsamodzielnie 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 i Główny Księgowy.

##### **§ 8.**

1. Dyrektor Szpitala poprzez sprawowanie powierzonej funkcji zapewnia w szczególności:
  - a) wytyczenie kierunków i realizację strategii rozwoju Szpitala,
  - b) koordynację działań wszystkich komórek i jednostek Szpitala w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
  - c) realizację polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
  - d) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
  - e) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji zadań statutowych,
  - f) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
  - g) 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:

- a) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
  - b) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
  - c) przyznawania premii i zmiany wynagrodzeń pracowniczych,
  - d) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
4. Dyrektor zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
  5. Dyrektor sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio mu podległych.

## § 9.

Dyrektor bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy:

- Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych,
- Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych.
- Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
- Główny Księgowy,
- Klinika Onkologii Klinicznej,
- Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku,
- Klinika Chirurgii Onkologicznej,
- Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej,
- Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi,
- Klinika Ginekologii,
- Klinika Urologii,
- Klinika Endokrynologii,
- Klinika Radioterapii,
- Dział Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej,
- Dział Brachyterapii i Hipertermii,
- Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Blok Operacyjny,
- Zakład Diagnostyki Obrazowej,
- Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej,
- Zakład Medycyny Paliatywnej,
- Zakład Onkokardiologii,
- Zakład Immunologii Klinicznej,
- Zakład Epidemiologii i Walki z Rakiem,
- Zakład Patologii Nowotworów,
- Zakład Anatomii Patologicznej (Prosektorium),
- Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
- Zakład Markerów Nowotworowych,
- Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
- Zakład Diagnostyki Molekularnej,
- Zakład Fizyki Medycznej,
- Zakład Metod Fizycznych,



- Zakład Rehabilitacji,
- Apteka Szpitalna,
- Izba Przyjęć (Recepcja),
- Przychodnia Onkologiczna,
- Poradnia Profilaktyki Zakładowej,
- Ośrodek Badań Klinicznych,
- Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji,
- Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej,
- Zakład Dydaktyczno-Naukowy,
- Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa, Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością,
- Dział Prawno- Organizacyjny
- Sekcja Organizacyjna,
- Sekcja Kadr,
- Sekcja BHP,
- SSP ds. Sanitarno-Epidemiologicznych,
- Filie i Oddziały Zamiejscowe.

## **Delegowanie uprawnień**

### **§ 10.**

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

### **§ 11.**

Do zadań **Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych** należy w szczególności:

1. Koordynacja i prawidłowa organizacja pracy w zakresie całokształtu zagadnień finansowo - administracyjnych w Szpitalu.
2. Podział i ustalenie zakresu pracy (czynności) dla kierowników podległych komórek organizacyjnych oraz bieżąca ich weryfikacja.
3. Bieżąca kontrola realizacji zadań przez podległe komórki organizacyjne oraz rozliczanie kierowników tych komórek z powierzonego mienia, a także egzekwowanie wykonania pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami gospodarności.

4. Nadzór nad terminowym sporządzaniem obowiązującej sprawozdawczości.
5. Kontrola realizacji zaleceń pokontrolnych jednostki nadrzędnej i innych organów kontrolnych w komórkach organizacyjnych podległego pionu.
6. opracowywanie wniosków w zakresie zarządzania nieruchomością gruntową i obiektową oraz ekonomiką inwestowania.

## § 12.

Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne, stanowiska pracy:

- a) Dział Informatyki,
  - b) Dział Żywienia,
  - c) Dział Administracyjno-Gospodarczy,
  - d) Sekcję Zamówień Publicznych.
1. Zastępca Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych merytorycznie nadzoruje pracę Głównego Księgowego,

## § 13.

Do zadań **Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych** należy w szczególności:

1. Podejmowanie decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem powierzonymi komórkami organizacyjnymi, z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora ,
2. Nadzór nad prowadzonymi inwestycjami,
3. Nadzór nad prowadzonymi remontami w budynkach Szpitala,
4. Zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala pod względem techniczno-eksploatacyjnym,
5. Organizowanie technicznych inspekcji budynków i urządzeń dla oceny ich stanu oraz kontrola wykonania konserwacji remontów i inwestycji,
6. Właściwe wykorzystanie środków finansowych przyznanych na:
  - 1.6.a) materiały i części zamienne przeznaczone do konserwacji,
  - 1.6.b) remonty bieżące i kapitalne,
  - 1.6.c) zakup narzędzi i urządzeń niezbędnych do działalności Szpitala,
  - 1.6.d) opracowanie ekspertyz i usprawnień technicznych,
7. Wydawanie opinii na temat kadry technicznej w Szpitalu,
8. Właściwą współpracę podległych jednostek organizacyjnych ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
9. Przygotowywanie i opiniowanie wniosków w sprawie rozwiązań technicznych mających na celu usprawnienie obiektów, a przez to poprawę świadczonych usług medycznych,
10. Nadzór nad bezpieczeństwem p/pożarowym, akceptacja planów zaopatrzenia w sprzęt pożarniczy oraz dopilnowanie przestrzegania obowiązujących przepisów p/pożarowych.

11. Wykonywanie zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej wynikających z opracowanych planów.

#### § 14

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:

1. Dział Techniczny,
2. Ciepłownia,
3. SSP ds. Przeciwpożarowych.

#### § 15.

Do zadań **Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** należy w szczególności:

1. Opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego i innego podległego personelu
2. Określanie liczby i rodzaju pielęgniarskich stanowisk pracy, ustalenie zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności oraz kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach pracy.
3. Organizacja i nadzorowanie świadczenia całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Działach.
4. Koordynowanie i nadzorowanie świadczeń pielęgniarskich w poradniach ambulatoryjnych i pracowniach szpitalnych.
5. Opracowywanie koncepcji rozwoju pielęgniarstwa, ustalanie i zatwierdzanie procedur i standardów praktyki pielęgniarskiej oraz ocena jakości opieki pielęgniarskiej.
6. Ocena zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie oraz zapewnienie realizacji kompleksowych świadczeń medycznych przez pielęgniarki w opiece nad pacjentem.
7. Systematyczne monitorowanie, analizowanie i ocena jakości opieki świadczonej przez kadrę pielęgniarek i położnych oraz innych podległych pracowników, stosowanych metod pracy, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy.
8. Organizacja i nadzór nad realizacją zadań na podległych stanowiskach pracy.
9. Diagnozowanie i rozwiązywanie problemów organizacyjnych Szpitala, stanowiących ryzyko dla sprawnej organizacji opieki pielęgniarskiej nad pacjentem.
10. Inicjowanie i organizowanie kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników, współpraca z instytucjami kształcenia i doskonalenia zawodowego w celu zapewnienia warunków dla organizacji szkolenia i samokształcenia zatrudnionej kadry pielęgniarskiej.
11. Współpraca z komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia warunków do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, diagnostycznych i leczniczych.

12. Opracowywanie i doskonalenie systemu informacji i dokumentacji w pionie pielęgniarstwa.
13. Uczestnictwo w planowaniu strategicznym Szpitala poprzez wyznaczanie dla pionu pielęgniarstwa zadań, terminów i sposobów ich wykonania.
14. Współpraca z organizacjami, stowarzyszeniami, samorządem zawodowym w zakresie organizacji i poziomu profesjonalnej opieki pielęgniarstwo - położniczej.
15. Współpraca z grupami wsparcia zorganizowanymi w towarzystwach, stowarzyszeniach i lokalnych grupach pomocy działających na rzecz pacjentów.
16. Analiza, planowanie, wnioskowanie o zakup materiałów, sprzętu i środków zapewniających opiekę i wspomagających pracę zespołów pielęgniarstwa, uczestnictwo w procedurach zamówień publicznych.
17. Koordynowanie realizacji działań w ramach Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów Złośliwych.
18. Dbalność o wyposażenie stanowisk pracy pielęgniarek w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji opieki nad pacjentami oraz ochrony zdrowia.

#### **§ 16.**

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne, stanowiska pracy:

1. Koordynatorów ds. Pielęgniarstwa i ich Zastępców,
2. Pielęgniarki i Położne zatrudnione we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,
3. Pielęgniarki i Położne zatrudnione na samodzielnych stanowiskach,
4. Izbę Przyjęć (Recepcję),
5. Pobieralnię Krwi,
  - a) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, w tym Gabinet Zabiegowy dla Przychodni,
6. Mobilną Pracownię Badań Diagnostycznych (Cytomammobus),
7. Centralną Sterylizatornię.

#### **§ 17.**

Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi oraz merytorycznie Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych.

#### **§ 18.**

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.

### **§ 19.**

Główny Księgowy bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne, stanowiska pracy:

- a) Dział Finansowo-Księgowy:
  - Księgowość – Ewidencja Majątku i Inwentaryzacji,
  - Księgowość – Płace,
- b) Sekcję Rachunkowości Zarządczej i Controllingu.

## **Organy doradcze Dyrektora**

### **§ 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 pięciu osób, w skład której wchodzi:
  - a) jako przewodniczący – Marszałek Województwa Świętokrzyskiego lub jego przedstawiciel,
  - b) jako członkowie:
    - przedstawiciel Wojewody Świętokrzyskiego,
    - przedstawiciele wyłonieni przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego (w liczbie 3 osób),
4. Skład Rady Społecznej zatwierdza się uchwałą Zarząd Województwa Świętokrzyskiego.
5. Kadencja Rady Społecznej upływa z dniem powołania nowej Rady Społecznej przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego kolejnej kadencji.
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.

Do zadań Rady Społecznej należy w szczególności:

1. Przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
  - a) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
  - b) związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
  - c) przyznawania Dyrektorowi nagród,
  - d) rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z Dyrektorem,
2. Przedstawianie Dyrektorowi wniosków i opinii w sprawach:
  - a) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
  - b) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
  - c) kredytów bankowych lub dotacji,
  - d) podziału zysku,
  - e) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
  - f) Regulaminu Organizacyjnego.
3. Dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.
4. Opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej.
5. Wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie.

## § 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 wymagające współdziałania kilku komórek organizacyjnych.
3. W Szpitalu funkcjonują między innymi:
  - a) Zespół Kontroli ds. Zakażeń Szpitalnych,
  - b) Komitet Terapeutyczny,
  - c) komisja ds. orzekania o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu,
  - d) komisja ds. analizy przyczyn zgonów,
  - e) zespół oceny przyjęć.
4. Składy oraz zakres wykonywanych czynności komitetów i zespołów o których mowa w ust. 3 pkt c, d i e określają właściwe zarządzenia Dyrektora.

## § 23.

Do zadań Komitetu Terapeutycznego w szczególności należy:

1. Sporządzanie Szpitalnej Listy Leków (receptariusza).
2. Wprowadzanie (2 razy/rok) nowych leków do SLL.
3. Skreślanie (2 razy/rok) leków z SLL.
4. Kontrola stosowania SLL w działach.
5. Rozpatrywanie wszelkich spraw związanych z farmakoterapią pacjentów szpitala.

6. Kontrola leków w ramach SLL.
7. Kontrola zużycia leków w poszczególnych listach dostępności.
8. Kontrola prowadzonej analizy statystycznej miesięcznego zużycia leków przez poszczególne Kliniki / Działy.
9. Analiza (2 razy/rok) skuteczności i kosztów leczenia zakażeń szpitalnych przy udziale Zakładu Mikrobiologii Klinicznej.
10. Kontrola sprawozdań dotyczących niepożądanych działań leków.
11. Analiza przypadków i możliwości wystąpienia interakcji leków.
12. Przygotowanie (raz/rok) szkolenia na temat wybranej grupy leków.
13. Zatwierdzanie standardów leczenia i wydawanie w formie biuletynu.
14. Zatwierdzanie Charakterystyki i Tabeli Grupy Terapeutycznej.
15. Pomoc przy opracowaniu i zbieranie Standardów Leczenia.
16. W ramach Komitetu Terapeutycznego działają:
  - a) Podkomitet Terapeutyczny,
  - b) Komisje Terapeutyczne w poszczególnych Działach,
  - c) Zespół ds. Szpitalnej Polityki Antybiotykowej (SPA).

## **Funkcjonowanie Szpitala**

### **§ 24.**

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 z późn. zm., w przepisach odrębnych lub w odpowiedniej umowie cywilnoprawnej.
2. Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mają pacjenci uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, po weryfikacji prawa do świadczeń. Szczegółowy zakres tych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpień 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z późn. zm.
3. Szpital może udzielać odpłatnie świadczeń zdrowotnych pacjentom nie uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 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.

### **§ 25.**

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 publicznej wiadomości.

3. Cenniki stanowią załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

#### **§ 26.**

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

#### **§ 27.**

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).

#### **§ 28.**

W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych Dyrektor Szpitala określa, zgodnie z obowiązującymi przepisami i umowami:

- a) zasady postępowania medycznego, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji,
- b) standardy udzielania świadczeń, a w szczególności: normy zagęszczenia łóżek, likwidacji uchybień budowlanych, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikację personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,
- c) standardy organizacji i zarządzania Szpitalem, a w szczególności: bezpieczeństwa p/poż, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- d) zasady realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie zawartych umów z płatnikami.

## **ROZDZIAŁ VI STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA**

#### **§ 29.**

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 MZ z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania stanowi załącznik nr 2 niniejszego Regulaminu.



1. Wewnętrznymi komórkami organizacyjnymi Szpitala są Kliniki, Działy, Zakłady, Sekcje, Przychodnia Onkologiczna, Poradnie, inne komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy utworzone z uwzględnieniem:
  - a) charakteru zadań i udzielanych świadczeń,
  - b) potrzeb i warunków miejscowych,
  - c) 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 Kliniki / Działu są podporządkowane Kierownikowi Przychodni Onkologicznej.
3. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach przy ulicy Artwińskiego 3 oraz przy ulicy Jagiellońskiej 74b, stanowiące jedną lokalizację.

### **§ 31.**

- I. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą pionowy:
  - a) działalności podstawowej medycznej,
  - b) działalności pomocniczej, w tym administracyjnej, technicznej i obsługi.
- II. W skład komórek podstawowej działalności medycznej wchodzi:
  1. Izba Przyjęć (Recepcja),
  2. Klinika Onkologii Klinicznej, w tym:
    - Dział Chemioterapii,
    - Ośrodek Chemioterapii Diennej,
    - Poradnia Chemioterapii,
  3. Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku, w tym:
    - Dział Hematologii i Transplantacji Szpiku,
    - Laboratoria Naukowe i Diagnostyczne,
    - Poradnia Hematologii i Nowotworów Krwi,
    - Bank Komórek Krwiotwórczych,
  4. Klinika Chirurgii Onkologicznej, w tym:
    - Dział Chirurgii Onkologicznej,
    - Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
    - Poradnia Onkologiczna – Gabinet Chorób Piersi,
    - Poradnia Proktologiczna - Stomijna,
  1. Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, w tym:
    - Dział Chirurgii Klatki Piersiowej,
    - Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej,
    - Pracownia Spirometrii,
    - Pracownia Broncho-Ezofagoskopii
  1. Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, w tym:
    - Dział Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi,
    - Poradnia Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi,
    - Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej,

- Poradnia Logopedyczna,
- 2. Klinika Urologii, w tym:
  - Dział Urologii,
  - Poradnia Urologii,
- 3. Klinika Ginekologii, w tym:
  - Dział Ginekologii,
  - Poradnia Ginekologiczna,
  - Poradnia Onkologiczna – Ginekologii Onkologicznej,
- 4. Dział Brachyterapii i Hipertermii, w tym:
  - Dział Brachyterapii,
  - Zakład Brachyterapii,
  - Poradnia Brachyterapii,
- 5. Klinika Radioterapii, w tym:
  - Dział Radioterapii,
  - Zakład Radioterapii,
  - Poradnia Radioterapii,
- 6. Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w tym:
  - Dział Intensywnej Terapii,
  - Ośrodek Wybudzeniowy,
  - Konsultacyjna Poradnia Anestezjologiczna,
  - Zakład Anestezjologii,
- 7. Klinika Endokrynologii, w tym:
  - Dział Endokrynologii,
  - Poradnia Endokrynologiczna,
  - Dział Medycyny Nuklearnej:
  - Poradnia Medycyny Nuklearnej,
  - Pracownia Diagnostyki i Leczenia Radiojodem,
- 8. Zakład Medycyny Paliatywnej, w tym:
  - Dział Medycyny Paliatywnej,
  - Poradnia Medycyny Paliatywnej,
  - Hospicjum Domowe,
- 9. Dział Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej, w tym:
  - Zespół Diennej Opieki Gastroenterologicznej,
  - Poradnia Gastroenterologiczna,
  - Pracownia Endoskopii,
- 10. Blok Operacyjny,
- 11. Dział Promocji i Profilaktyki Onkologicznej, w tym:
  - Poradnia Promocji Zdrowia,
- 12. Przychodnia Onkologiczna, w tym:
  - Poradnia Onkologiczna, w tym Gabinet Pierwszorazowy  
oraz Zespół Koordynatorów Planu Leczenia,
  - Poradnia Diabetologiczna,
  - Poradnia Dermatologiczna,
  - Poradnia Genetyczna,

- Poradnia Hepatologiczna,
  - Konsultacyjna Poradnia Neurologiczna,
  - Konsultacyjna Poradnia Internistyczna,
13. Poradnia Profilaktyki Zakładowej,
14. Pobieralnia Krwi,
15. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, w tym:
- Gabinet Zabiegowy dla Przychodni,
16. Zakład Markerów Nowotworowych,
17. Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
18. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
19. Zakład Patologii Nowotworów,
20. Zakład Anatomii Patologicznej – Prosektorium,
21. Zakład Onkokardiologii, w tym:
- Poradnia Kardiologiczna,
  - Gabinet Diagnostyki Serca i Chorób Układu Krążenia
22. Zakład Psychoonkologii, w tym:
- Poradnia Pomocy Psychologicznej,
  - Poradnia Zdrowia Psychicznego,
  - Pracownia Terapii Zajęciowej,
23. Zakład Immunologii Klinicznej, w tym:
- Poradnia Immunologii i Zaburzeń Odporności,
  - Laboratorium Zakładu Immunologii Klinicznej,
24. Zakład Diagnostyki Obrazowej, w tym:
- Pracownia TK,
  - Pracownia MR,
  - Pracownia USG,
  - Pracownia MM,
  - Pracownia Mammotomiczna,
25. Zakład Fizyki Medycznej,
26. Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej, w tym:
- Pracownia Scyntygrafii,
  - Pracownia PET,
  - Pracownia Ochrony Radiologicznej,
27. Zakład Diagnostyki Molekularnej,
28. Zakład Rehabilitacji, w tym:
- Dział Fizjoterapii,
  - Ośrodek Rehabilitacji Diennej,
  - Poradnia Rehabilitacji,
  - Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego,
29. Apteka Szpitalna,
30. Mobilna Pracownia Badań Diagnostycznych (Cytomammobus),

31. Zakład Metod Fizycznych,
  32. Zakład Organizacji Walki z Rakiem,
  33. Zakład Epidemiologii Nowotworów,
  34. Zakład Dydaktyczno-Naukowy,
  35. Centralna Sterylizatornia, w tym Centralna Stacja Łóżek,
  36. Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Sanitarno-Epidemiologicznych,
  37. Filie i Oddziały Zamiejscowe,
- I. W skład działalności pomocniczej wchodzi:
1. Dział Finansowo - Księgowy, w tym:
    - Księgowość – Ewidencja Majałtku i Inwentaryzacji,
    - Płace,
  2. Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu,
  3. Dział Prawno- Organizacyjny
  4. Sekcja Organizacyjna,
  5. Sekcja Kadr,
  6. Sekcja Zamówień Publicznych,
  7. Dział Informatyki,
  8. Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością,
  9. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa, w tym:
    - Inspektor ds. Spraw Obronnych i Obrony Cywilnej,
    - Centrum Monitorowania, Sterowania i Kontroli Dostępu,
    - Kancelaria Spraw Obronnych,
    - Administrator Bezpieczeństwa Informacji
  10. Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Przeciwpozarowych,
  11. Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji,
  12. Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej,
  13. Dział Administracyjno-Gospodarczy, w tym:
    - Zespół Zaopatrzenia,
    - Sekcja Utrzymania Czystości,
    - Sekcja Gospodarcza,
    - Sekcja Transportu Wewnętrznego,
    - Kancelaria,
    - Punkt Przyjmowania i Rozdziału Bielizny,
    - Szwalnia,
  14. Dział Techniczny, w tym:
    - Zespół Aparatury Medycznej,
    - Zespół Inwestycji i Remontów,
    - Archiwum Zakładowe,
  15. Dział Żywienia,
  16. Ciepłownia,
  17. Samodzielne Stanowiska ds. BHP.

## **ROZDZIAŁ VII**

### **ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA**

#### **§ 32.**

Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:

- a) realizacja zadań Szpitala i celu, dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
- b) dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność pracy.

#### **§ 33.**

1. Celem współdziałania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach jest:
  - a) usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych,
  - b) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
  - c) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
  - a) Dyrektora z Zastępcami poszczególnych pionów,
  - b) Dyrektora i/lub Zastępców poszczególnych pionów z Kierownikami podległych komórek organizacyjnych,
3. Spotkania mają na celu:
  - a) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
  - b) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
  - c) omówienie realizacji zadań oraz wymiany poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
  - d) ocenę sytuacji finansowej.
4. Kadra kierownicza komórek organizacyjnych zobowiązana jest do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach, o których mowa w ust. 2.

### **Czas i organizacja pracy Działów**

#### **§ 34.**

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

#### **§ 35.**

1. W skład pomieszczeń Działu wchodzi:
  - a) sale chorych,
  - b) pokoje dziennego pobytu pacjentów,
  - c) pokoje badań, gabinety zabiegowe,

- d) pokój Kierownika Działu,
  - e) pokoje lekarskie,
  - f) pokój Koordynatora ds. Pielęgniarstwa,
  - g) dyżurka pielęgniarek,
  - h) kuchenki oddziałowe,
  - i) pomieszczenia magazynowe,
  - j) pomieszczenia węzła sanitarnego.
2. W zależności od specyfiki Działu mogą się w nim znajdować inne pomieszczenia, a w szczególności: sale zabiegowe o podwyższonym standardzie, itp.

### **§ 36.**

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.

### **§ 37.**

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

### **§ 38.**

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.

### **§ 39.**

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 wymagalnych rejestrów medycznych,
- 16) Prowadzenie bazy danych obejmującej sferę 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.

#### **§ 40.**

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 pkt 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.

#### § 41.

1. Dla sprawnego funkcjonowania Działów ustala się zasady postępowania przy przekazaniu pacjentów kolejnym zmianom:
  - a) 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,
  - b) 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,
  - c) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w Księdze Raportów Lekarskich,
  - d) 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:
  - a) pacjent może być przekazany do innego Działu po wstępnym uzgodnieniu z Kierownikiem Kliniki / Działu lub lekarzem dyżurnym,
  - b) historia choroby jest przekazana do Działu jako załącznik indywidualnej dokumentacji prowadzonej w danym Dziale dopisuje się natomiast numer Księgi Oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego:
  - a) pacjent może być przekazany do innego podmiotu leczniczego po wstępnym uzgodnieniu z kierownikiem lub lekarzem właściwego Działu tego podmiotu leczniczego,
  - b) 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.
  - c) zakończoną historię choroby przekazuje się do sekretariatu medycznego w celu sporządzenia wypisu,
  - d) pacjent przekazywany do innej placówki jest wypisany ze Szpitala i otrzymuje kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.



## § 42.

1. Pacjenci przebywający w Szpitalu mogą korzystać z:
  - b) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną (szczegółowe informacje w dyżurce pielęgniarek oraz na tablicach ogłoszeń w Klinikach lub Działach),
  - c) depozytu rzeczy osobistych i zabezpieczonych szafek w Działach, obrzędów religijnych odbywających się w Kaplicy Szpitala według ustalonych godzin,
  - d) dystrybutorów z wodą w Działach – (nieodpłatnie),
  - e) bufetu gastronomicznego i sklepiku, znajdujących się w budynku głównym Szpitala, codziennie, w wyznaczonych godzinach (odpłatnie),
  - f) automatów z napojami (odpłatnie),
  - g) telefonów bezprzewodowych udostępnionych przez personel Działów na rzecz kontaktu pacjentów z członkami ich rodzin (rozmowy przychodzące oraz wychodzące [w szczególnych przypadkach]), dostępnych w dyżurkach pielęgniarek na terenie Kliniki lub Działu,
  - h) bezpłatnie korzystanie z własnego sprzętu elektrycznego oraz elektronicznego np. suszarka, ładowarka, laptop, itp., po poinformowaniu o tym fakcie personelu medycznego Działu,
  - i) w czasie wolnym pacjenci oraz członkowie ich rodzin mogą uczestniczyć w programach promocji zdrowia lub terapii zajęciowej, prowadzonych w Szpitalu,
  - j) biblioteki „Uwolnij książkę”, zlokalizowanej w świetlicy Kliniki Radioterapii (parter budynku głównego ŚCO);
  - k) możliwości porozumiewania się w językach obcych (dotyczy pacjentów obcojęzycznych);
  - l) dodatkowej opieki nad pacjentem sprawowanej przez rodzinę
3. Przez dodatkową opiekę nad pacjentem przez rodzinę o której mowa w ust. 1 pkt. k) rozumie się:
  - pomoc w utrzymaniu higieny osobistej;
  - zmiana bielizny pościelowej i osobistej;
  - pomoc w karmieniu i pojeniu;
  - pomoc w chodzeniu, zmieniając pozycję na łóżku, wożenie lub prowadzenie;
  - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych.
4. Dodatkowa opieka nad pacjentem przez rodzinę jest możliwa na poniższych zasadach:
  - jest dobrowolna i nie ma charakteru przymusu;
  - nie może zakłócać ustalonego harmonogramu pracy personelu;
  - możliwa jest po poinformowaniu lekarza lub pielęgniarki co do zakresu i czasu wykonywania czynności.

## § 43.

W porze przeznaczonej na posiłki dla pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów chyba, że zachodzi taka konieczność podyktowana stanem zdrowia chorego.

#### **§ 44.**

1. Dostarczanie dodatkowej żywności pacjentom jest dopuszczalne po uzgodnieniu czynności z lekarzem prowadzącym.
2. Zasady przechowywania żywności określone są w regulaminach poszczególnych Klinik lub Działów.

### **Czas i organizacja pracy Poradni Specjalistycznych**

#### **§ 45.**

1. W skład Poradni Specjalistycznych funkcjonujących w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach wchodzi Poradnie o których mowa w §27 niniejszego Regulaminu.
2. Do szczegółowych zadań Poradni Specjalistycznych należy:
  - 2.2.a) zapewnienie kompleksowej opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności,
  - 2.2.b) diagnozowanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
  - 2.2.c) wykonywanie drobnych zabiegów i procedur medycznych,
  - 2.2.d) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
  - 2.2.e) zaopatrywanie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Szpitala,
  - 2.2.f) realizowanie programów zdrowotnych w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki,
  - 2.2.g) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej,
  - 2.2.h) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 2.2.i) prowadzenie kształcenia przed i podyplomowego,
  - 2.2.j) dbałość o podnoszenie kwalifikacji zatrudnionego personelu,
  - 2.2.k) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi oraz podmiotami organizującymi pomoc społeczną i hospicyjną, a w szczególności w zakresie opieki dla przewlekle chorych onkologicznie.
3. 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.

#### **§ 46.**

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).

#### **§ 47.**

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 albo 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.

#### **§ 48.**

Pacjent do Poradni Specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:

- a) dokumentem tożsamości ze zdjęciem,
- b) wynikami lub kopiami wykonanych poza Szpitalem badań,
- c) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.

#### **§ 49.**

W uzasadnionych przypadkach lekarz udzielający świadczeń specjalistycznych wydaje skierowanie:

- a) na badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne i/lub obrazowe,
- b) do innych poradni specjalistycznych,
- c) do leczenia stacjonarnego lub w oddziale dziennym Szpitala lub innego podmiotu leczniczego.

#### **§ 50.**

1. W każdej poradni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są:
  - a) informacje o dniach i godzinach pracy Poradni,

- b) informacje o godzinach pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz w Informacji Szpitala umieszczone są:
- a) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
  - b) informacje o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - c) informacje o sposobie rejestracji.

## **Czas i organizacja pracy Zakładów i Pracowni Diagnostycznych**

### **§ 51.**

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 i poświadczone jego pieczętą i podpisem.
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)**

#### **§ 52.**

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:
  - a) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
  - b) zapewnienie wykonywania badań laboratoryjnych w całodobowym systemie pracy we wszystkie dni tygodnia,
  - c) wprowadzanie nowych metod diagnostyki laboratoryjnej,
  - d) zapewnienie prawidłowej współpracy z Działami oraz zespołem Poradni Specjalistycznych w zakresie wykonywania badań i pr

#### **§ 53.**

1. W skład Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzi następujące pracownie:
  - a) Pracownia Analityki Ogólnej,
  - b) Pracownia Biochemii,
  - c) Pracownia Białek Specyficznych,
  - d) Pracownia Koagulologii,
  - e) Pracownia Hematologii,
  - f) Pracownia Cytometrii Przepływowej.
2. W skład personelu Zakładu wchodzi:
  - a) Kierownik Zakładu i jego Zastępca,
  - b) diagnosta laboratoryjny,
  - c) technicy analityki medycznej,
  - d) sekretarka medyczna,
  - e) personel pomocniczy.

#### **§ 54.**

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 określa odrębne przepisy.
8. Badanie, którego wynik wzbudził wątpliwości lekarza wykonuje się ponownie bez zbędnej zwłoki.

#### **§ 55.**

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

#### **Zakład Markerów Nowotworowych (ZMN)**

#### **§ 56.**

1. Zakład Markerów Nowotworowych (ZMN) jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Zakładu.
2. Zadaniem Zakładu Markerów Nowotworowych jest wykonywanie badań z zakresu markerów nowotworowych, hormonów, diagnostyki WZW i przeciwciał oraz czynników angiogenezy i czynników niedokrwistości 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:
  - a) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
  - b) zapewnienie wykonywania badań laboratoryjnych w dniach poniedziałek – piątek w godz. 7<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>
  - c) zapewnienie prawidłowej współpracy z Działami oraz zespołem Poradni Specjalistycznych w zakresie wykonywania badań i pr

#### § 57.

1. W skład Zakładu Markerów Nowotworowych wchodzi następujące pracownie:
  - a) Pracownia Markerów Nowotworowych,
  - b) Pracownia Hormonów I (Immunoenzymatyczna),
  - c) Pracownia Hormonów II (Chemiluminescencji),
  - d) Pracownia Radioimmunodiagnostyki,
  - e) Pracownia Diagnostyki WZW,
  - f) Pracownia Immunofluorescencji,
  - g) Pracownia Rozpoznania Materiału.
2. W skład personelu Zakładu Markerów Nowotworowych wchodzi:
  - a) Kierownik Zakładu,
  - b) diagnosta laboratoryjny,
  - c) asystent, młodszy asystent,
  - d) biolog,
  - e) technicy analityki medycznej,
  - f) sekretarka medyczna,
  - g) personel pomocniczy.

#### § 58.

1. Do zadań Zakładu Markerów Nowotworowych należy wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów hospitalizowanych w Działach, pacjentów leczonych w Poradniach Specjalistycznych, zleceniodawców zewnętrznych oraz w ramach programów naukowych.
2. Zakres wykonywanych badań obejmuje wykonywanie analiz w zakresie diagnostyki:
  - a) nowotworowych (markery nowotworowe),
  - b) endokrynologicznych (hormony tarczycy, płciowe, nadnerczy i inne),

- c) autoimmunologicznych (przeciwciała ANA, ANCA, przeciwtrzcycowe i inne),
  - d) diagnostyka niedokrwistości,
  - e) diagnostyka WZW, HIV,
  - f) alergicznych (profile wziewne, pokarmowe, pediatryczne).
3. Prowadzenie działalności naukowo - szkoleniowej:
    - a) szkolenie studentów szkół wyższych w ramach obowiązkowych praktyk wakacyjnych (stopień, wpis do indeksu),
    - b) prowadzenie specjalizacji z laboratoryjnej immunologii medycznej dla absolwentów szkół wyższych według programu specjalizacji.
  4. Uczestnictwo w zewnątrzlaboratoryjnych programach kontroli jakości.
  5. Prowadzenie wewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości obejmującej wszystkie badania wykonywane w Zakładzie.
  6. Uczestnictwo pracowników w zebraniach, zjazdach, konferencjach naukowych, kursach w ramach doskonalenia zawodowego.
  7. Wewnętrzna działalność naukowo - szkoleniowa dla personelu wyższego i średniego.
  8. Przygotowywanie okresowych raportów dotyczących ilości wykonywanych badań, statystyki medycznej.

### **Zakład Mikrobiologii Klinicznej (ZMK)**

#### **§ 59.**

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 jednonozmianowym przez 7 dni w tygodniu.
3. W skład Zakładu Mikrobiologii Klinicznej wchodzi następujące pracownie:
  - a) Punkt Przyjęć Materiału do Badań,
  - b) Pracownia Bakteriologii Ogólnej,
  - c) Pracownia Posiewów Krwi,
  - d) Pracownia Beztlenowców,
  - e) Pracownia Mykologii,
  - f) Pracownia Biologii Molekularnej,
  - g) Pracownia Pożywek.

#### **§ 60.**

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.

### **§ 61.**

1. Zakres zadań realizowanych w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej obejmuje:
  - a) klasyczne badania bakteriologiczne, mykologiczne, wykrywanie obecności drobnoustrojów w próbkach materiałów metodami serologicznymi, wykrywanie obecności materiału genetycznego wybranych drobnoustrojów metodami biologii molekularnej, badanie jakości nasienia,
  - b) 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:
  - a) współpraca z Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych,
  - b) mikrobiologiczne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej szpitala,
  - c) mikrobiologiczne wykrywanie i opracowanie ognisk epidemicznych, udział w dochodzeniu epidemiologicznym,
  - d) udział w inicjowaniu działań zabezpieczających przed rozprzestrzenianiem się drobnoustrojów o niebezpiecznych mechanizmach oporności,
  - e) opracowywanie i wdrażanie mikrobiologicznych programów skryningowych,
  - f) przygotowywanie okresowych raportów mikrobiologicznych dotyczących ilości wykonywanych badań, profilu czynników etiologicznych zakażeń oraz ich wrażliwości na leki przeciwdrobnoustrojowe,
  - g) udział w prowadzeniu racjonalnej antybiotykoterapii.
5. Prowadzenie działalności szkoleniowej:
  - a) szkolenie personelu Szpitala w zakresie tematyki mikrobiologicznej,
  - b) szkolenie specjalizantów w ramach staży wymaganych do specjalizacji,
  - c) szkolenie studentów w ramach wakacyjnych praktyk studenckich.
6. Uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach, samokształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

### **Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO)**

#### **§ 62.**

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.

#### **§ 63.**

1. W skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej wchodzi następujące pracownice:
  - a) Pracownia Tomografii Komputerowej (TK),
  - b) Pracownia Rezonansu Magnetycznego (MR),
  - c) Pracownia Ultrasonografii (USG),
  - d) Pracownia Rentgenodiagnostyki (RTG),
  - e) Pracownia Mammografii (MM),
  - f) Pracownia Mammotomiczna.
2. W skład personelu ZDO wchodzi:
  - a) Kierownik i jego Zastępca,
  - b) lekarze,
  - c) pielęgniarki dyplomowane,
  - d) Kierownik Zespołu Techników Radiologii,
  - e) technicy elektroradiologii,
  - f) sekretarki medyczne.

#### **§ 64.**

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.

#### **§ 65.**

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)**

## § 66.

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.

## § 67.

1. W skład Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET wchodzi następujące pracownice:
  - a) Pracownia Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET),
  - b) Pracownia Scyntygrafii (PS).
  - c) 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 niecierpiących 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.

## § 68.

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

## § 69.

Prowadzenie działalności szkoleniowej Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET obejmuje:

- a) szkolenie personelu Szpitala w zakresie tematyki medycyny nuklearnej,
- b) szkolenie specjalizantów w ramach staży wymaganych do specjalizacji,
- c) szkolenie studentów w ramach wakacyjnych praktyk studenckich.
- d) uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach, samokształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

**Zakład Diagnostyki Molekularnej (ZDM)**

## § 70.

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

## Zakład Patologii Nowotworów (ZPN)

### § 71.

1. Do zadań Zakładu Patologii Nowotworów należy:
  - a) pobieranie materiału biopsyjnego,
  - b) preparowanie, przygotowywanie wycinków histopatologicznych, zatapianie i ich barwienie,
  - c) techniki specjalistyczne – immunohistochemia,
  - d) ocena preparatów histopatologicznych,
  - e) wykonywanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej,
  - f) sporządzanie preparatów z biopsji i ich ocena,
  - g) konsultacje onkologiczne.
2. W skład Zakładu Patologii Nowotworowych wchodzi następujące pracownie:
  - a) Pracownia Cytopatologii,
  - b) Pracownia Histopatologii,
  - c) Pracownia Immunohistochemii.

### § 72.

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 pieczętą 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 przesyłanym 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.

#### **§ 73.**

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 .

#### **§ 74.**

Materiał pozostały po wykonaniu badania oraz naczynia i przybory używane podczas pracy winny być poddane stosownym procedurom wynikającym z przestrzegania reżimu sanitarno-epidemiologicznego.

### **Zakład Metod Fizycznych (ZMF)**

#### **§ 75.**

1. Do zadań Zakładu Metod Fizycznych należy w szczególności:

- a) 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),
  - b) 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),
  - c) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) w przypadku podejrzenia o zatrucie (toksykologia),
  - d) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) w monitoringu osób zawodowo narażonych na dany pierwiastek,
  - e) pomiar zawartości pierwiastków śladowych w ludzkim materiale biologicznym (krew, surowica, włosy, tkanka nowotworowa) w monitoringu chorób środowiskowych,
  - f) 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**

#### **§ 76.**

1. Do zadań Zakładu Onkokardiologii należy 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 (Breast Cancer Unit)**

#### **§ 77.**

Do zadań Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Chorych z Rakiem Piersi (Breast Cancer Unit) należy:

1. diagnostyka i ustalenie strategii postępowania chorych z nowo rozpoznany rakiem piersi,
2. ustalanie postępowanie diagnostyczno- terapeutyczne dla chorych z nawrotem raka piersi.

### **Ośrodek Koordynacji Badań Klinicznych**

#### **§ 78.**

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 obowiązkowych;
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.

## **Czas i organizacja pracy pozostałych komórek organizacyjnych**

### **Pion Dyrektora**

### **Blok Operacyjny**

#### **§ 79.**

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala.
2. W skład personelu Bloku Operacyjnego wchodzi:
  - a) Kierownik,
  - b) Koordynator ds. Pielęgniarstwa i jego Zastępca,
  - c) pielęgniarki instrumentariuszki,
  - d) personel pomocniczy.

#### **§ 80.**

Do zadań Bloku Operacyjnego należy, w szczególności:

- 2.d.a) prowadzenie leczenia operacyjnego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pacjentów hospitalizowanych w Działach Szpitala,
- 2.d.b) zapewnienie opieki medycznej pacjentom przyjmowanym w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, całodobowo we wszystkie dni tygodnia,
- 2.d.c) wprowadzanie nowych metod operacyjnych,
- 2.d.d) sporządzanie i realizowanie planów zabiegów operacyjnych,
- 2.d.e) koordynowanie prac zespołów operacyjnych,
- 2.d.f) dbanie o należyte przygotowanie i zaopatrzenie sali operacyjnej w sprzęt i leki, materiały operacyjne oraz należytą konserwację sprzętu.

#### **§ 81.**

1. 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.
2. 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 okołoperacyjną 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. Opisy zabiegów operacyjnych sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
3. 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:
  - a) organizowanie prawidłowej realizacji zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń zakładowych,
  - b) 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,
  - c) monitorowanie, ocenianie i analizowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala,
  - d) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
  - e) uczestniczenie w odprawach kierowniczej kadry medycznej i spotkaniach innych zespołów doradczych powołanych w celu podnoszenia standardów zapobiegania i kontroli zakażeń,
  - f) inicjowanie i nadzorowanie działań zmierzających do likwidacji ogniska zakażenia,
  - g) uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem,
  - h) organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu z zakresu zakażeń zakładowych.
  - i) realizowanie programu zapobiegania i kontroli zakażeń,
  - j) nadzorowanie stanu sanitarno–higienicznego pomieszczeń Działu, zakładów, pracowni oraz kontrola podległych Klinik/Działów pod kątem przestrzegania reżimu sanitarnego przez personel, a w szczególności:
    - kontrola terminów ważności sterylizowanych narzędzi, materiałów opatrunkowych itp.,

- kontrola i nadzór nad stosowanymi metodami dezynfekcji (kontrola przygotowywanych roztworów dezynfekcyjnych, kontrola dezynfekcji narzędzi, powierzchni, sprzętów, urządzeń sanitarnych itp.),
  - nadzór nad transportem czystej i brudnej bielizny szpitalnej,
  - nadzór nad właściwą segregacją i usuwaniem z Działu specyficznych odpadów medycznych i odpadów komunalnych,
- k) nadzorowanie izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
- l) 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 Żywnościowa.

#### **§ 87.**

Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:

1. Zaopatrywanie jednostek organizacyjnych Szpitala w leki, materiały opatrunkowe i szewne oraz środki dezynfekcyjne.
2. Wykonywanie leków recepturowych zgodnie z aktualnie obowiązującą Farmakopeą Polską.
3. Wykonywanie leków cytotoksycznych w dawkach dziennych dla pacjentów Szpitala.
4. Przygotowywanie preparatów do żywienia do- lub pozajelitowego dla pacjentów Szpitala.
5. Kontrola apteczek oddziałowych i stały nadzór nad prawidłowym przechowywaniem i dystrybucją środków farmaceutycznych pobranych z Apteki Szpitala.
6. Prowadzenie pełnej dokumentacji aptecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami (księgowość apteczna).
7. Prowadzenie racjonalnej gospodarki lekami zgodnie z wymogami.
8. Przygotowanie i aktualizacja Szpitalnej Listy Leków, oraz udział w pracach Komitetu Terapeutycznego.
9. Udział w pracach Komisji ds. Zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz jakości i wprowadzanie w życie ich zaleceń.
10. Udzielanie wszelkich informacji zgodnie z najnowszymi doniesieniami (literatura farmaceutyczna) dotyczącymi stosowania, dystrybucji, możliwości zakupu itp. środków farmaceutycznych.

## Zakład Psychoonkologii

### § 88.

1. W skład Zakładu Psychoonkologii wchodzi:
  - Poradnia Pomocy Psychologicznej;
  - Poradnia Zdrowia Psychicznego;
  - Pracownia Terapii Zajęciowej;
  - 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 korzystał po opuszczeniu ŚCO, zakładami pracy, zakładami pomocy społecznej, opiekunami społecznymi.
6. Do zadań Pracownika Socjalnego w ŚCO należy:
  - ☞ przeprowadzanie wywiadów z pacjentami w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych, oraz sytuacji po opuszczeniu szpitala,
  - ☞ przeprowadzanie wywiadów z rodziną pacjenta w celu rozpoznania sytuacji socjalno-bytowej pacjenta po zakończeniu hospitalizacji,
  - ☞ zbieranie informacji na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny w środowisku od służb socjalnych (ośrodki pomocy społecznej)
  - ☞ 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,
  - ☞ stawianie diagnozy społecznej pacjenta,
  - ☞ utrzymanie kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji,
  - ☞ pozostaje w stałym kontakcie z lekarzami, pielęgniarkami, sekretarkami medycznymi,
  - ☞ udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do ZOL, ZPO, DPS, środowiskowych domów samopomocy,

- ☞ 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,
- ☞ wyszukiwanie zakładów opiekuńczo - leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najszybszy dostęp do świadczeń,
- ☞ udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, ośrodkach Monaru itp.),
- ☞ informowanie o możliwości pozyskania świadczeń pieniężnych z innych instytucji,
- ☞ Informowanie o możliwościach uzyskania przez pacjenta dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych,
- ☞ podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z Policją, ośrodki pomocy społecznej, szpitale, pogotowie ratunkowe, straż miejska, ośrodki pomocy społecznej),
- ☞ każde działanie pracownika socjalnego musi być zgodne z zasadami etyki zawodowej.

### **Zakład Anatomii Patologicznej (Prosektorium)**

#### **§ 89.**

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 stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

#### **§ 90.**

1. Przyjmowanie zwłok ludzkich w celu przechowania przed pochówkiem lub przed wykonaniem badania pośmiertnego odbywa się całodobowo. Cennik stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.
2. Przyjmowanie zwłok do Zakładu Anatomii Patologicznej odbywa się na podstawie właściwych dokumentów, zwłoki powinny być oznakowane w celu ich identyfikacji.
3. Przyjęcie zwłok do chłodni odbywa się na podstawie skierowania stanowiącego załącznik do regulaminu o którym mowa w §86 ust. 3.
4. W przypadkach badań pośmiertnych na zlecającym spoczywa obowiązek dostarczenia odpowiedniej dokumentacji.
5. Pisemne wyniki sekcji zwłok przekazuje się lekarzom zlecającym sekcję.

6. Pracownicy Prosektorium zobowiązani są do wydania zwłok w odpowiednim stanie.

### **Zakład Epidemiologii i Walki z Rakiem**

#### **§ 91.**

Do zadań Zakładu Organizacji Walki z Rakiem należy w szczególności:

1. Prowadzenie badań naukowych w zakresie epidemiologii opisowej nowotworów złośliwych.
2. Prowadzenie badań naukowych nad czynnikami ryzyka nowotworów złośliwych piersi.
3. Prowadzenie działalności w zakresie prewencji pierwotnej nowotworów złośliwych piersi, narządu rodnego, płuca, dolnego odcinka przewodu pokarmowego i stercza oraz związanych ze zmianami hormonalnymi okresu okołomenopauzalnego u kobiet, czerniaka złośliwego i innych nowotworów skóry.
4. Opracowywanie modeli badań masowych i ocena skuteczności prowadzonych badań masowych.
5. Ocena sytuacji w zakresie zwalczania raka w rejonie działania Szpitala w oparciu o posiadane dane epidemiologiczne.
6. Opracowywanie programów promocji zdrowia i profilaktyki pierwotnej schorzeń nowotworowych i prowadzenie nadzoru nad ich realizacją.
7. Współpraca w zakresie organizacji walki z rakiem z innymi zakładami opieki zdrowotnej oraz krajowymi jednostkami ochrony zdrowia.
8. Współpraca z organizacjami międzynarodowymi, towarzystwami naukowymi w zakresie prowadzonych badań.
9. Prowadzenie Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów zajmującego się gromadzeniem danych o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe mieszkańców województwa świętokrzyskiego.
10. Analiza danych dotyczących epidemiologii nowotworów w województwie świętokrzyskim.
11. Kontrolowanie zgłaszalności zachorowań na nowotwory we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego.
12. Tworzenie komputerowego banku informacji dotyczących podstaw rozpoznania choroby nowotworowej, potwierdzenia histopatologicznego (kod morfologiczny), TNM, metod i rodzaju stosowanego leczenia.
13. Przygotowywanie w/w informacji do biuletynu „Nowotwory Złośliwe w Polsce”, wydawanego corocznie przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie i publikacja danych w publikatorach medycznych.
14. Ocena sytuacji epidemiologicznej zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w województwie świętokrzyskim: najczęściej występujące nowotwory złośliwe, kolejność występowania, trendy czasowe, pięcio- i dziesięcioletnie przeżycia.
15. Współpraca z Wydziałem Ochrony Środowiska Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, Instytutem Geologicznym, Państwowym Inspektoratem Ochrony

Środowiska, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną i innymi placówkami zajmującymi się problematyką zanieczyszczenia środowiska. Szczegółowe wyniki badań w/w instytucji są podstawą do opracowania w Zakładzie zależności między zanieczyszczeniami środowiska życia człowieka a zachorowaniami na nowotwory złośliwe.

16. Współpraca z Międzynarodową Agencją Badań nad Rakiem Światowej Organizacji Zdrowia (IARC, WHO) w Lyonie polegająca na wymianie baz danych oraz publikacji.
17. Działalność prewencyjna polegająca na udziale w szkoleniach, konferencjach i przygotowywaniu publikacji.
18. Współpracowanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie wymiany baz danych i szkolenia pracowników.
19. Badanie zależności między zachorowalnością na nowotwory złośliwe a zanieczyszczeniem środowiska.
20. Kontrola merytoryczna i metodyczna nad prawidłowym funkcjonowaniem Rejestru Onkologicznego.

### **Zakład Fizyki Medycznej (ZFM)**

#### **§ 92.**

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.

#### **§ 93.**

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,
  - f) wykonanie wszelkich unieruchomień (masek) dla pacjentów leczonych teleradioterapią,
  - g) wykonanie osłon indywidualnych,
  - h) przedstawienie lekarzowi radioterapeucie wykonanego planu leczenia i planów alternatywnych w celu wyboru planu optymalnego,
  - i) realizacja zaleceń lekarza radioterapeuty dotyczących zmian w planie leczenia,
  - j) sprawdzenie wykonanego planu leczenia poprzez obliczenia weryfikacyjne i kontrolę parametrów planu oraz możliwości realizacji na akceleratorze,

- k) wprowadzenie danych pacjenta do stacji terapeutycznej, dostarczenie przygotowanej i sprawdzonej karty leczenia wraz z planem leczenia do stanowiska akceleratora.
2. Realizacja leczenia teleradioterapią na akceleratorach medycznych, w tym:
  - a) napromienianie pacjentów zgodnie z harmonogramem zleconym przez lekarza radioterapeutę,
  - b) prowadzenie dokumentacji w zakresie napromieniania pacjenta.
3. Przygotowanie planów leczenia brachyterapią:
  - a) przyjęcie od lekarza radioterapeuty zlecenia na wykonanie planu leczenia techniką brachyterapii,
  - b) uczestniczenie w obrazowaniu CT do celów planowania leczenia,
  - c) uczestniczenie w obrazowaniu RTG pozwalającym na lokalizację położenia aplikatorów,
  - d) wykonanie planu leczenia,
  - e) przedstawienie do oceny lekarzowi radioterapeucie planu leczenia,
  - f) współpraca z lekarzem radioterapeutą w zakresie wyboru optymalnego planu leczenia,
  - g) zaaprobowanie ostatecznej wersji planu leczenia,
  - h) weryfikacja i sprawdzenie zaaprobowanego przez lekarza radioterapeutę planu leczenia,
  - i) przesłanie planu leczenia do systemu sterującego aparatem terapeutycznym,
  - j) 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 urządzeń do brachyterapii.
8. Wykonywanie kontroli eksploatacyjnych akceleratorów medycznych.
9. Weryfikacja dozymetryczna planów leczenia.
10. Zbieranie danych dozymetrycznych akceleratorów w celu wprowadzenia ich do systemów planowania leczenia.
11. Weryfikacja poprawnego działania systemów planowania leczenia.
12. Prowadzenie działalności szkoleniowej:
  - a) szkolenie specjalizantów w ramach staży wymaganych do specjalizacji,
  - b) organizowanie kursów specjalizacyjnych,
  - c) szkolenie studentów w ramach wakacyjnych praktyk studenckich,
  - d) szkolenie uczniów policealnych szkół dla techników elektroradiologii w zakresie teleradioterapii i brachyterapii,
  - e) uczestnictwo w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach oraz
13. Realizowanie obowiązków wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

## **Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa**

### **§ 94.**

Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemów Bezpieczeństwa należy w szczególności:

1. Koordynacja działalności Inspektora ds. Spraw Obronnych i Obrony Cywilnej, Kancelarii Spraw Obronnych, Służby Ochrony i Centrum Monitorowania, Sterowania i Kontroli Dostępu Administratora Bezpieczeństwa Informacji.
2. Sprawowanie w imieniu Dyrektora Szpitala zwierzchniego nadzoru nad służbami i stanowiskami pracy, realizującymi zadania w zakresie ochrony informacji niejawnych, ochrony danych osobowych i ochrony fizycznej obiektów w oparciu o wiedzę przekazaną przez bezpośrednich przełożonych nadzorowanych służb i dokonanie analiz ewentualnych zagrożeń.
3. Przedkładanie Dyrektorowi Szpitala informacji, prognozy i wniosków dotyczących aktualnego stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych.
4. Opiniowanie wszelkich opracowań, planów, procedur, projektów i innej dokumentacji w zakresie zgodności z obowiązującymi przepisami nadzorowanej problematyki, przedkładanej do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.
5. Prowadzenie kontroli w zakresie realizacji poleceń wydanych przez Dyrektora Szpitala i zewnętrzne organa kontrolne.
6. Opiniowanie, opracowywanie projektów wewnętrznych unormowań prawnych, zarządzeń i decyzji mających wpływ na poprawę stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych.
7. Koordynowanie współpracy służb i stanowisk pracy w zakresie zapewnienia właściwego stanu systemów bezpieczeństwa ochrony informacji niejawnych.
8. 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.
9. 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 określone są każdorazowo w Instrukcji Ochrony Obiektów dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, która jest integralną częścią umowy podpisywanej ze zleceniobiorcą).
10. Dokonywanie bieżącej oceny i aktualizacji wewnętrznych aktów prawnych w nadzorowanym zakresie pod kątem ich zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.
11. Pełnienie funkcji Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych.

**Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej**



## **§ 95.**

Do zadań Inspektora ds. Obronnych i Obrony Cywilnej należy w szczególności:

1. Organizowanie i koordynowanie zadań obronnych i przedsięwzięć obrony cywilnej w Szpitalu.
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. Prowadzenie kancelarii spraw obronnych w Szpitalu.
9. 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.
10. Sporządzanie dokumentów sprawozdawczych i innych dla potrzeb przełożonych i organów nadrzędnych.
11. Współpraca z Sekcją Kadr w zakresie typowania pracowników ŚCO do reklamowania od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w czasie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.
12. Prowadzenie magazynu i utrzymywanie na wysokim poziomie sprzętu i materiałów obrony cywilnej.
13. Współpraca z właściwymi organami administracji państwowej i samorządowej, terenowymi organami administracji wojskowej, Inspektorami ds. obronnych instytucji podległych Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.
14. Wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonych.
15. Uczestniczenie w szkoleniu obronnym organizowanym przez organy nadrzędne.

## **Centrum Monitorowania, Sterowania i Kontroli Dostępu**

### **§ 96.**

Do zadań Centrum Monitorowania, Sterowania i Kontroli Dostępu 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  
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 Monitorowania.
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.

### **Zadania Inspektora Ochrony Danych**

#### **§ 97.**

Do zadań Zadania 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 przywrócenia prawidłowego stanu.

#### **§ 98.**

W ramach delegowania zadań Zadania 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.

#### **Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością**

#### **§ 99.**

Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. 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 Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej**

#### **§ 100.**

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 sporządzanej dokumentacji medycznej pod kątem zgodności z obowiązującymi przepisami w tym zakresie, we współpracy z Działem Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji oraz Sekcją Organizacyjną (Audytorem Wewnętrznym);
- 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.

### **Dział Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji**

#### **§ 101.**

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.

## **Dział Prawno- Organizacyjny**

### **§ 102.**

1. Członkowie Działu Prawno- Organizacyjnego podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Radycy prawni funkcjonują na podstawie ustawy o radcach prawnych.
3. Radcowie prawni świadczą pomoc prawną, polegającą w szczególności na udzielaniu porad prawnych, sporządzaniu opinii prawnych, opracowywaniu projektów aktów prawnych oraz występowaniu przed sądami i urzędami.

## **Sekcja Organizacyjna**

### **§ 103.**

Do zadań Sekcji Organizacyjnej w zakresie organizacji i zarządzania należy w szczególności:

- a) 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,
- b) bieżąca analiza struktur organizacyjnych w zakresie prawidłowości ich funkcjonowania oraz przygotowanie odpowiednich wniosków i zaleceń dotyczących usprawnienia pracy w jednostkach organizacyjnych i administracyjnych Szpitala,
- c) opiniowanie i współudział przy opracowywaniu projektów wewnętrznej struktury organizacyjnej i zakresów działania poszczególnych jednostek organizacyjnych,
- d) opracowywanie wewnętrznych aktów prawnych,

- e) prowadzenie ewidencji wewnętrznych aktów prawnych oraz przeprowadzanie ich weryfikacji,
  - f) organizowanie obiegu informacji w ramach systemu zarządzania,
  - g) obsługa organizacyjna i techniczna posiedzeń Rady Społecznej,
  - h) sporządzanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej, sporządzanie wyciągów z protokołów z zebrań.
3. Do zadań Sekcji Organizacyjnej w zakresie prawnym należy w szczególności:
- a) udzielanie organom kierowniczym opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
  - b) przeprowadzanie konkursów ofert o udzielenie zamówienia przez Szpital na świadczenia zdrowotne zlecane innym podmiotom, dokumentowanie czynności konkursu, przygotowanie i zawieranie umów dotyczących konkursów,
  - c) prowadzenie rejestru zawieranych umów,
  - d) 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,
  - e) udzielanie informacji o przepisach prawnych związkom zawodowym działającym w Szpitalu na ich wniosek,
  - f) informowanie Dyrektora, Zastępców i Kierownictwa o:
    - istotnych dla działalności Szpitala nowo wydanych przepisach prawnych,
    - występujących nieprawidłowościach i faktach naruszania prawa na podstawie prowadzonych spraw oraz o skutkach tych uchybień,
  - g) opiniowanie lub przygotowywanie projektów umów,
  - h) opiniowanie pod względem prawnym:
    - projektów wewnętrznych zarządzeń, regulaminów, instrukcji i innych aktów wydawanych w Szpitalu,
    - innych spraw wymagających konsultacji prawnej.
4. Wykonywanie zadań Audytu Wewnętrznego zgodnie z Regulaminem Audytu Wewnętrznego.
5. Do zadań w zakresie zarządzania nieruchomościami należy:
- a) organizacja i nadzór nad terminowym dokonywaniem okresowych przeglądów i kontroli urządzeń kominiarskich, gazowniczych, przeciwpożarowych, elektrycznych, odgromowych, wentylacyjnych itp. w obiektach Szpitala,
  - b) prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych,
  - c) organizowanie okresowych przeglądów obiektów budowlanych.

## **Sekcja Kadr**

### **§ 104.**

Do zadań Sekcji 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 reklamowaniem 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.

### **Audyt Wewnętrzny**

#### **§ 105.**

Zadania Audytu Wewnętrznego reguluje Regulamin Audytu Wewnętrznego.

### **SSP ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy**

#### **§ 106.**

Do zadań pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach do spraw BHP należy:

1. Bieżące informowanie pracodawcy (osoby kierujące pracownikami) o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, przedstawianie wniosków zmierzających do usuwania tych zagrożeń.
2. Zgłaszanie wniosków i opinii dotyczących wymagań związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy w stosowanych procesach, przyjętej organizacji i metodach wykonywania pracy.
3. Opiniowanie instrukcji pracy w zakresie dotyczącym zagadnień związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy.



4. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe, prowadzenie dokumentacji powypadkowej i dotyczącej chorób zawodowych.
5. Współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie organizowania i zapewnienia szkoleń (wstępnych i okresowych) w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
6. Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego.
7. Współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami przy identyfikowaniu, dokonywaniu badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy, prowadzenie wymaganej dokumentacji w tym zakresie.
8. Współpraca przy organizacji i zapewnieniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami.
9. Współpraca z komórkami organizacyjnymi podejmującymi działania związane z przestrzeganiem przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony zdrowia osób pracujących, w tym: udział w pracach zakładowych zespołów zajmujących się zagadnieniami związanymi z bezpieczeństwem i higieną pracy.

## **Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa**

### **Izba Przyjęć**

#### **§ 107.**

1. Izba Przyjęć (Recepcja) podlega nadzorowi Dyrektora oraz Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. W skład personelu Izby Przyjęć (Recepcji) wchodzi:
  - a) pielęgniarki,
  - b) pracownik gospodarczy,
  - c) pracownik Depozytu Ubrań.

#### **§ 108.**

1. Zadania Izby Przyjęć (Recepcji):
  - a) przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
  - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
2. Dokumentacja Izby Przyjęć (Recepcji):
  - a) Księga Przyjęć Chorych do Szpitala (księga w wersji elektronicznej),
  - b) Książka Porad Ambulatoryjnych i Zgonów.
3. Postępowanie w razie zgonu pacjenta:
  - a) zgon w Izbie Przyjęć (Recepcji) stwierdza lekarz anestezjolog lub lekarz do którego pacjent był skierowany,
  - b) w razie zgonu chorego w Izbie Przyjęć (Recepcji) zwłoki należy przechować w osobnym pomieszczeniu przez okres 2 godzin,
  - c) po ponownym zbadaniu pacjenta podczas którego lekarz potwierdza zgon, zwłoki odbierane są przez pracowników Zakładu Anatomii Patologicznej.

#### **§ 109.**

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 chorego przyjmowanego do Szpitala dokonuje się identyfikacji pacjenta. Na podstawie indywidualnej zgody pacjenta identyfikacja polega na założeniu opaski na przegub dłoni lub stopy z wyraźnym imieniem i nazwiskiem.
6. Przyjmując pacjenta do Działu Szpitala sporządza się dokumentację medyczną zgodną z obowiązującymi przepisami prawa.

#### **§ 110.**

Do zadań personelu Izby Przyjęć (Recepcji) należy w szczególności:

- a) po przyjęciu pacjenta a przed umieszczeniem go w Klinice / Dziale, w razie konieczności należy:
  - doprowadzić pacjenta do wymaganego stanu higienicznego poprzez kąpiel lub mycie ciepłą wodą z mydłem, mycia ciężko chorego pacjenta musi dokonać pielęgniarka,
  - w razie potrzeby przydzielić choremu czystą odzież szpitalną,
  - 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),
  - obłożnie chorego pielęgniarka Izby Przyjęć (Recepcji) powinna przetransportować w pozycji leżącej lub siedzącej, natomiast pacjentów samodzielnie poruszających się doprowadzić do Kliniki / Działu,
- b) pielęgniarka Izby Przyjęć (Recepcji) zobowiązana jest do zapoznania chorego z Kartą Praw Pacjenta oraz przyjąć oświadczenia pacjenta, wynikające z odrębnych przepisów.

#### **Mobilna Pracownia Badań Diagnostycznych (Cytomammobus)**

#### **§ 111.**

1. Pracownia Mammografii z Mobilną Pracownią Mammograficzną (Cytomammobus) jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Koordynatora.
2. Nadzór zwierzchni nad pracą Pracowni sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
3. Do zadań Pracowni Mammografii z Mobilną Pracownią Mammograficzną (Cytomammobus) należy w szczególności:

- a) szacowanie i planowanie badań ilościowo i terytorialnie,
- b) współpraca przy organizacji badań profilaktycznych na terenie województwa świętokrzyskiego,
- c) ustalenie zapotrzebowania na badania profilaktyczne na danym terenie,
- d) współpraca z ośrodkami medycznymi i przedstawicielami samorządów lokalnych,
- e) promocja cytomammobusu,
- f) wykonywanie badań mammograficznych i cytologicznych,
- g) ocena wykonanych badań,
- h) w przypadkach koniecznych kierowanie pacjentów na dalszą diagnostykę do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

### **Centralna Sterylizatornia**

#### **§ 112.**

1. Centralna Sterylizatornia jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Nadzór nad Centralną Sterylizatornią sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
3. Do zadań Centralnej Sterylizatorni w szczególności należy:
  - a) mycie i dezynfekcja właściwa narzędzi przyjmowanych do Centralnej Sterylizatorni,
  - b) przygotowywanie, opracowywanie, pakowanie oraz sterylizacja materiału zgo-
  - c) stała kontrola bakteriologiczna materiałów poddawanych procesom sterylizacji,
  - d) planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację,
  - e) planowanie, organizowanie i prowadzenie ciągłej kontroli przyjętych technologii: dezynfekcji wstępnej, mycia, dezynfekcji właściwej, suszenia, pakowania, sterylizacji, przechowywania po sterylizacji i dystrybucji materiału sterylnego,
  - f) nadzorowanie realizacji zadań przez podległy personel,
  - g) współuczestniczenie w opracowaniu standardów organizacyjnie dotyczących systemu pracy Centralnej Sterylizatorni,
  - h) opracowanie i doskonalenie systemu informacji i dokumentacji w Centralnej Sterylizatorni,
  - i) planowanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań przez podległy personel,
  - j) wdrażanie nowych technologii w dziedzinie dezynfekcji i sterylizacji,
  - k) mycie i właściwa dezynfekcja łóżek w Centralnej Stacji Łóżek.

### **Pobieralnia krwi**

#### **§ 113.**

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 pracownikom w celu wykonania zleconych badań.
4. Przygotowywanie materiału do transportu – w przypadku badań wykonywanych przez podmioty zewnętrzne.

### **Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy**

#### **§ 114.**

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

### **Pion Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych**

#### **Dział Finansowo-Księgowy**

#### **§ 115.**

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.

### **Dział Księgowości – Ewidencja Majątku i Inwentaryzacji**

#### **§ 116.**

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, wyjaśnianie tych różnic.
8. Kompletowanie dokumentów do likwidacji środków trwałych i wyposażenia. Uczestniczenie w pracach Komisji Kasacyjnej.
9. Sporządzanie zestawień na potrzeby sprawozdawczości finansowej i ekonomicznej.

### **Dział Księgowości – Płace**

#### **§ 117.**

Do zadań 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 i 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.

### **Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu**

#### **§ 118.**

1. Sekcja Rachunkowości Zarządczej i Controllingu jest samodzielną komórką organizacyjną, podlegającą nadzorowi przez Głównego Księgowego.
2. Celem pracy Sekcji jest dokonywanie analiz ekonomicznych oraz dostarczenie informacji zarządczej poprzez gromadzenie danych, przetwarzanie, analizowanie oraz prezentowanie informacji finansowych i niefinansowych dotyczących funkcjonowania ŚCO.
3. Wykonywane zadania dotyczą wszystkich obszarów działalności ŚCO, w szczególności kosztów, wyników, rentowności. 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:
  - prowadzenie comiesięcznych analiz kosztów, sprawozdań kosztowych i przychodów dla poszczególnych ośrodków kosztów działalności podstawowej i pomocniczej,
  - miesięczne rozliczenie kosztów usług medycznych – weryfikacja zgodności danych o ilości i wartości składników kosztów po rozliczeniu z ilościami i wartościami przed rozliczeniem,
  - kwartalne, półroczne i roczne audyty kosztowe przekazanie Kierownikom kompleksowej informacji zarządczej, w tym: dane statystyczne (liczba hospitalizowanych, liczba osobodni, % wykorzystania łóżek), dane finansowe

(koszty w podziale na bezpośrednie, pośrednie, koszty zarządu i administracji, przychody, wynik finansowy). Omówienie poszczególnych pozycji kosztowych, w szczególności w ramach kosztów bezpośrednich, analiza kosztów zleconej diagnostyki w poszczególnych ośrodkach, omówienie wyniku finansowego, omówienie propozycji rozwiązań mających na celu poprawę wyniku finansowego),

- sporządzanie kalkulacji kosztów jednostkowych dla komórek organizacyjnych działalności podstawowej medycznej i pomocniczej niemedycznej,
- 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,
- aktualizacja składników kosztów procedur wynikająca ze zmian cen materiałów, metody wykonania oraz zmian kosztów osobowych,
- dokonywanie analizy kosztów procedur medycznych,
- sporządzanie kalkulacji kosztów i opisu nakładów dla procedur indywidualnych,
- sporządzanie planów rzeczowych,
- weryfikacja w zakresie prawidłowości rozliczeń wybranych procedur z NFZ,
- sporządzanie cenników usług medycznych wykonywanych w Szpitalu,
- sporządzanie indywidualnych kalkulacji kosztów leczenia pacjentów np.
- sporządzanie kalkulacji kosztów leczenia pacjentów do rozliczeń z NFZ wg procedury „Hospitalizacja za zgodą płatnika”,
- gromadzenie i weryfikacja danych z ewidencji wykonań dla wszystkich procedur i usług wykonywanych w ośrodkach,
- gromadzenie danych księgowych do rozliczeń kosztów oraz sprawdzenie zgodności otrzymanych z programem finansowo-księgowym
- definiowanie i aktualizacja MPK ( miejsc powstawania kosztów ) oraz „kluczy” rozliczających koszty,
- analiza budżetów w ramach zawartych umów na badania kliniczne,
- wykonywanie wszelkich zestawień i analiz dotyczących kosztów i przychodów Szpitala na polecenie Dyrektora.

## **Sekcja Zamówień Publicznych**

### **§ 119.**

Do zadań Sekcji Zamówień Publicznych należy w szczególności:

1. Koordynacja działalności związanej z realizacją zamówień publicznych.
2. Sporządzanie: „Planu przeprowadzenia postępowania” na podstawie zgłoszeń kierowników komórek organizacyjnych i przedstawienie go Zastępcy Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych 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 przez pracowników Sekcji.
10. Prowadzenie „Sprawozdań z realizacji zamówień publicznych”.
11. Kompletowanie i archiwizacja dokumentów związane z realizacją zamówień publicznych.
12. Systematyczne podnoszenie stanu swojej wiedzy w zakresie problematyki zamówień publicznych.

### **Dział Informatyki**

#### **§ 120.**

1. Dział Informatyki jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór merytoryczny nad Działem Informatyki sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Finansowo - Administracyjnych.

#### **§ 121.**

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, konserwacjami oraz uaktualnieniami systemów informatycznych funkcjonujących w Szpitalu.
8. Sprawowanie nadzoru nad naprawami, konserwacją i 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.



## **Dział Żywnia**

### § 122.

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:
  - a) wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia, oraz koordynowanie pracy poszczególnych komórek Szpitala współdziałających w żywieniu chorych,
  - b) sprawowanie nadzoru fachowego nad działalnością kuchенок oddziałowych oraz urządzeń służących do wewnątrzszpitalnego transportu posiłków,
  - c) nadzór nad działalnością kuchенок oddziałowych, w szczególności kontrolę i instruktaż w zakresie:
    - porcjowania i rozdawania gotowych potraw,
    - urządzenia, wyposażenia i stanu sanitarnego pomieszczeń,
    - edukacji personelu w dziedzinie zasad zdrowego żywienia.

### **Dział Administracyjno-Gospodarczy**

### § 123.

W strukturze organizacyjnej Działu Administracyjno-Gospodarczego funkcjonują następujące komórki organizacyjne:

1. Sekcja Utrzymania Czystości,
2. Sekcja Gospodarcza,
3. Zespół Zaopatrzenia,
4. Sekcja Transportu Wewnętrznego,
5. Kancelaria,
6. Punkt Przyjmowania i Rozdziału Bielizny,
7. Szwalnia.

### § 124.

Do zadań Działu Administracyjno-Gospodarczego należy w szczególności:

1. Utrzymanie w należyтым stanie sanitarnym wszystkich pomieszczeń Szpitala tj. sprząatanie, 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 sprząatania, 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, rozliczanie mieszkańców z opłat czynszu i pozostałych składników.
11. Prowadzenie i nadzorowanie prac związanych z zakwaterowaniem gości w Hotelu, w budynku administracyjnym tj. przygotowanie pokoi, wydawanie kluczy, wystawianie faktur.
12. Współpraca z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. ZSZJ HACCP.
13. Prowadzenie obsługi kancelaryjnej Szpitala tj. ewidencja, wysyłanie i przyjmowanie korespondencji i przesyłek oraz dostarczanie ich do poszczególnych komórek organizacyjnych.
14. Dostarczanie wewnętrznych zarządzeń do wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.
15. Zapewnienie transportu wewnętrznego na terenie Szpitala tj. posiłków do Działów, materiałów z magazynu i apteki, bielizny czystej i brudnej, odpadów komunalnych.
16. Mycie i dezynfekcja łóżek, szafek przyłóżkowych, obuwia.
17. Dokonywanie zakupów sprzętu medycznego, gospodarczego, środków czystości, artykułów papierniczych i tekstylnych oraz innych niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jednostek Szpitala.
18. Sporządzanie zamówień zgodnie z zaakceptowanymi potrzebami i protokołami Sekcji Zamówień Publicznych, sprawdzanie prawidłowości wystawionych faktur na zamówione towary, dokonywanie formalności związanych z reklamacjami towarów.
19. Współpraca z komórkami organizacyjnymi odnośnie zasad gospodarowania bielizną szpitalną (przyjmowanie, wydawanie, zapewnienie transportu, nadzór nad prawidłowym rozliczeniem usług z firmą zewnętrzną).
20. Szycie i reperacja bielizny szpitalnej, odzieży roboczej dla poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
21. Realizacja usług szycia i reperacji odzieży firmom zewnętrznym i osobom prywatnym.

## **Pion Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych**

### **Dział Techniczny**

#### **§ 125.**

1. Dział Techniczny jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu.
2. Nadzór nad Działem Technicznym sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Techniczno – Inwestycyjnych.
3. W strukturach Działu Technicznego funkcjonują następujące komórki organ

- 21.3.a) Zespół Aparatury Medycznej,
- 21.3.b) Zespół Inwestycji i Remontów,
- 21.3.c) Archiwum Zakładowe.

### **§ 126.**

Do zadań Działu Technicznego należy w szczególności:

1. Prowadzenie czynności związanych z eksploatacją obiektów i budynków szpitalnych w zakresie przeglądów technicznych, prób, pomiarów i ekspertyz z wnioskowaniem i planowaniem co do likwidacji zagrożeń uwidoczonych podczas tych przeglądów, pomiarów i ekspertyz. Nadzór instalacji elektrycznych, teletechnicznych i innych słaboprądowych, rozdzielni NN i urządzeń elektroenergetycznych, dźwigów szpitalnych.
2. Prowadzenie prac konserwacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych możliwych do realizacji siłami własnymi Szpitala oraz usuwanie awarii i usterek.
3. Okresowe pomiary i badania instalacji urządzeń elektroenergetycznych.
4. Zaopatrzenie w materiały zabezpieczające bieżącą eksploatację instalacji elektrycznej, sanitarnej i innych instalacji.
5. Prowadzenie rejestru zleceń napraw, remontów bieżących urządzeń elektrycznych, sprzętu AGD, sprzętu teletechnicznego oraz radiołączności.
6. Nadzór zaopatrzenia Szpitala w podstawowe media techniczne takie jak: woda, energia cieplna w zakresie instalacji wewnętrznych, para technologiczna, odprowadzanie ścieków, wentylacja mechaniczna z klimatyzacją, wentylacja grawitacyjna oraz dyżur całodobowy nad instalacjami związanymi z w/w mediami.
7. Nadzór nad pracami urządzeń związanych z infrastrukturą techniczną Szpitala.
8. Przeprowadzanie konserwacji i remontów w/w instalacji i urządzeń.
9. Dokonywanie konserwacji i napraw w infrastrukturze budowlanej i instalacyjnej.
10. Sprawowanie nadzoru nad prawidłową realizacją zawartych umów z firmami zewnętrznymi związanymi z realizacją wyżej wymienionych zadań.
11. Zaopatrywanie w gazy medyczne oraz prowadzenie całodobowego nadzoru nad pracą urządzeń i instalacji związanych z gromadzeniem, wytwarzaniem i dystrybucją gazów medycznych.

### **Zespół Aparatury Medycznej**

### **§ 127.**

1. Zespół Aparatury Medycznej funkcjonuje w strukturze organizacyjnej Działu Technicznego, bezpośredni nadzór sprawuje Kierownik Działu Technicznego, a nadzór zwierzchni sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Techniczno – Inwestycyjnych.
2. Do zadań Zespołu Aparatury Medycznej należy w szczególności:
  - a) nadzór nad sprawną i bezpieczną pracą urządzeń i aparatury medycznej,
  - b) konserwacje i drobne naprawy aparatury i sprzętu medycznego,

- c) nadzór nad prawidłową realizacją zawartych umów na konserwację i naprawy sprzętu medycznego przez firmy zewnętrzne,
- d) przeprowadzanie planowych przeglądów aparatury medycznej wraz z wpisami do paszportów,
- e) prowadzenie zaopatrzenia i ewidencji w materiały niezbędne do napraw i konserwacji sprzętu medycznego,
- f) zaopatrzenie w gazy medyczne oraz prowadzenie całodobowego nadzoru nad pracą urządzeń i instalacji związanych z gromadzeniem, wytwarzaniem i dystrybucją gazów medycznych.

### **Zespół Inwestycji i Remontów**

#### **§ 128.**

1. Zespół Inwestycji i Remontów funkcjonuje w strukturze organizacyjnej Działu Technicznego, bezpośredni nadzór sprawuje Kierownik Działu Technicznego, a nadzór zwierzchni sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Techniczno – Inwestycyjnych.
2. Do zadań Zespołu Inwestycji i Remontów należy w szczególności:
  - a) opracowywanie planów inwestycyjno-remontowych obiektów Szpitala,
  - b) nadzorowanie remontów, modernizacji i inwestycji budynków i obiektów Szpitala realizowanych przez firmy zewnętrzne poprzez organizowanie:
    - projektowania,
    - wykonawstwa,
    - nadzoru,
    - rozliczeń,
    - uzyskiwania pozwoleń na użytkowanie obiektów i przekazywanie do eksploatacji
  - c) wnioskowanie przeprowadzania procedur zamówień publicznych na roboty, dostawy i usługi związane z działalnością remontowo - modernizacyjną i inwestycyjną obiektów szpitalnych,
  - d) prowadzenie, ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentacji związanej z działaniami wymienionymi w punktach 1 – 3, w szczególności:
    - dokumentacji technicznej budynków,
    - dokumentacji formalno-prawnej dotyczącej inwestycji i remontów,
    - rozliczeń dotyczących zrealizowanych inwestycji.

### **Archiwum Zakładowe**

#### **§ 129.**

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.

## **Ciepłownia**

### **§ 130.**

1. Ciepłownia jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala kierowaną przez Kierownika.
2. Nadzór zwierzchni nad pracą Ciepłowni sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Techniczno – Inwestycyjnych.
3. Do zadań Ciepłowni należy w szczególności:
  - a) produkcja ciepła dla ogrzewania budynków Szpitala oraz dla innych odbiorców zewnętrznych,
  - b) wytwarzanie pary technologicznej i ciepłej wody do celów technologicznych i socjalnych,
  - c) utrzymywanie w pełnej sprawności technicznej obiektów i urządzeń Ciepłowni, eksploatacja i konserwacja ciepłowniczej sieci przesyłowej oraz instalacji zewnętrznej,
  - d) prowadzenie magazynu, składu opału oraz racjonalna gospodarka opalem,
  - e) prowadzenie właściwej gospodarki w zakresie ochrony środowiska,
  - f) zapewnienie prawidłowego opomiarowania produkowanych (wytwarzanych) mediów.
  - g) zapewnienie prowadzenia eksploatacji Ciepłowni w ruchu ciągłym.

## **SSP ds. Przeciwpożarowych**

### **§ 131.**

Do zadań SSP 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.

### **Pracownia Ochrony Radiologicznej**

#### **§ 132.**

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:
  - a) 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,
  - b) 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,
  - c) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi ,
  - d) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,

- e) wydawanie Dyrektorowi opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień,
- f) 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,
- g) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne,
- h) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek,
- i) 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,
- j) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej i występowanie z wynikającymi z tego wnioskami do Dyrektora ,
- k) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy, jeżeli wnioskowane zmiany nie zwiększają limitów użytkowych dawki określonych w zezwoleniu,
- l) 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.

## **ROZDZIAŁ VIII**

### **ZAKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

#### **§ 133.**

1. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach realizuje świadczenia zdrowotne w następującym zakresie:
  - a) leczenie i pielęgowanie pacjentów w oddziałach całodobowych i dziennych,
  - b) badania i porady ambulatoryjne,
  - c) badania diagnostyczne, w szczególności w zakresie markerów nowotworowych, hormonów i enzymów, mammografii, ultrasonografii, tomografii komputerowej, RTG, rezonansu magnetycznego, scyntygrafii, pozytronowej tomografii emisyjnej oraz badań strukturalnych narządów wewnętrznych,
  - d) podawanie lub wydawanie, do samodzielnego przyjmowania w domu, leków przeciwnowotworowych,
  - e) rehabilitacja lecznicza,
  - f) opieka lekarska psychiatryczna i psychologiczna,
  - g) opieka paliatywno-hospicyjna pacjenta, będącego w terminalnym okresie choroby nowotworowej,



- h) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla pacjentów Szpitala,
  - i) 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.

#### **§ 134.**

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie i na warunkach określonych w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi instytucjami ubezpieczeniowymi, a także osobom nie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym, jeśli wyrażą wolę odpłatnego korzystania z tych świadczeń.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub kontraktach z dysponentem środków ubezpieczenia zdrowotnego, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi.

## **ROZDZIAŁ IX**

### **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).
6. 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 z późn. zm.

#### **§ 136.**

1. Dokumentacja medyczna w Szpitalu prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. , poz. 2069 z późn. zm.), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186, t.j. z późn. zm.), 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 każdy Dział, 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:

- a) numer kolejny,
  - b) datę i godzinę wpisu,
  - c) imię i nazwisko pacjenta,
  - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
  - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
  - f) adres pacjenta,
  - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
  - h) termin udzielenia świadczenia,
  - i) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu.
1. 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.
  2. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia stanowią integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez poszczególne komórki organizacyjne.
  3. 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.
  4. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent niezwłocznie informuje o tym właściwy Dział lub właściwą Poradnię Specjalistyczną. Właściwy Dział 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.
  5. Nadzór nad poprawnością prowadzenia kolejek oczekujących w Szpitalu prowadzi zespół ds. oceny przyjęć.
  6. 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 właściwy Dział lub właściwą Poradnię.
  7. 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.

### **§ 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 nie posiadające 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:
  - a) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
  - b) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
  - c) gdy zachodzi potrzeba kontynuacji leczenia pacjenta w innym podmiocie leczniczym,
  - d) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco 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 zlecenia 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:
  - a) Lista A – leki podstawowe – do dyspozycji wszystkich lekarzy (warunki cenowe określone na bieżąco przez Komitet Terapeutyczny),
  - b) Lista B - leki rezerwowe – mogą być zamawiane przez wszystkich lekarzy, ale wymagają pisemnej zgody Kierownika Kliniki / Działu,

- c) Lista C - leki rezerwowe – mogą być zamawiane przez wszystkich lekarzy, wymagają pisemnej zgody Kierownika Kliniki /Działu – indywidualna dawka leku na pacjenta na 5 dni (dotyczy głównie antybiotyków),
- d) Lista D - leki zastrzeżone - wydawane za pozwoleniem Dyrektora Szpitala lub Podkomitetu Terapeutycznego.

## **ROZDZIAŁ X**

### **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:
  - a) u których wykonywane są świadczenia nie objęte kontraktem z NFZ,
  - b) nieubezpieczonym lub innym osobom nieuprawnionym do korzystania ze świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych,
  - c) pacjentom nieuprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
  - d) 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 XI**

### **PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA**

#### **§ 146.**

1. Prawa i obowiązki pacjenta w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach określa niniejszy regulamin organizacyjny oraz Karta Praw i Obowiązków Pacjenta, określona Zarządzeniem Dyrektora.

2. Karta Praw i Obowiązków Pacjenta dostępna jest w każdej Klinice / Dziale / Zakładzie oraz w Izbie Przyjęć (Recepcji), i Informacji oraz na stronie

internetowej Szpitala. Jest udostępniana pacjentowi w celu zapoznania się z jej treścią.

3. Pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach przy przyjęciu do szpitala i/lub do oddziału szpitalnego.
4. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do udzielania informacji w tym zakresie.

#### **§ 147.**

Pacjent hospitalizowany w Świętokrzyskim Centrum Onkologii ma prawo do:

1. Świadczeń zdrowotnych realizowanych zgodnie z nowoczesną wiedzą i przyjętymi standardami medycznymi;
2. Informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
3. Tajemnicy informacji;
4. Wyrażania zgody na interwencję medyczną lub odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego;
5. Poszanowania intymności i godności osobistej;
6. Wglądu do dokumentacji medycznej;
7. Otrzymania udostępnionej dokumentacji medycznej, na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
8. Pozostawienia rzeczy osobistych oraz wartościowych w depozycie.

#### **§ 148.**

1. Pacjent hospitalizowany w Szpitalu jest zobowiązany:
  - a) przestrzegać Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, Kart Praw i Obowiązków Pacjenta oraz regulaminu Kliniki / Działu / Zakładu,
  - b) przestrzegać indywidualnych zaleceń personelu medycznego w zakresie stosowanej, terapii, diagnostyki i pielęgnacji,
  - c) współdziałać z personelem Szpitala w realizacji celu hospitalizacji,
  - d) przestrzegać zakazu dotyczącego palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, stosowania środków odurzających oraz uprawiania gier hazardowych na terenie Szpitala,
  - e) przebywać w przydzielonej mu sali chorych w Klinice / Dziale w czasie wizyt lekarskich, zabiegów leczniczo - pielęgnacyjnych,
  - f) przebywać na terenie Kliniki /Działu oraz powiadomić personel o każdorazowym wyjściu poza jego teren,
  - g) szanować własność szpitalną oraz utrzymywać czystość osobistą i najbliższego otoczenia (w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital),
  - h) nie korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej, w innych komórkach organizacyjnych szpitala lub w innych placówkach medycznych w czasie przypadku przebywania pacjenta w Klinikach / Działach Szpitala bez zlecenia lekarza prowadzącego

- i) powiadomić lekarza o posiadanych przez siebie lekach. Stosowanie i przyjmowanie leków przez pacjenta jest możliwe wyłącznie na zlecenie lekarza prowadzącego,
  - j) nie zakłócać swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów,
  - k) przestrzegać ciszy nocnej od 22<sup>00</sup> do 6<sup>00</sup>,
  - l) przestrzegać zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
2. O wypisaniu pacjenta ze Szpitala z powodu rażącego naruszenia Regulaminu Organizacyjnego decyduje Dyrektor na wniosek właściwego Kierownika Kliniki / Działu lub lekarza prowadzącego danego pacjenta.
  3. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie uciążliwy dla personelu i innych pacjentów oraz poza godzinami ciszy nocnej.
  4. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
  5. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

#### § 149.

Pacjent w stanie terminalnym oraz jego rodzina mają prawo do:

- 1) zapewnienia atmosfery prywatności - zależnie od możliwości organizacyjnych Kliniki / Działu (pobyt w salach jednoosobowych, a w sali wielołożkowej zadbanie o jak największą intymność, np. parawany);
- 2) nieograniczonego korzystania z opieki duszpasterskiej, zgodnie z przekonaniami religijnymi. Szczegółowe informacje dostępne są na tablicy informacyjnej i/lub dyżurce pielęgniarek Kliniki lub Działu;
- 3) przebywania z pacjentem osób bliskich, którzy nie powinni zakłócać spokoju innym chorych oraz unikać zachowań naruszających dobre obyczaje i normy moralne;
- 4) wsparcia psychologa lub psychoonkologa;
- 5) zapewnienia leczenia przeciwbólowego, zależnych od stanu zaawansowania choroby oraz wskazań lekarskich;
- 6) zapewnienia łagodzenia objawów towarzyszących w chorobie nowotworowej.



## **ROZDZIAŁ XII**

### **ZASADY ODWIEDZIN I UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**

#### **§ 150.**

1. Odwiedziny pacjentów przebywających w Działach Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach odbywają się codziennie w godzinach od 08:00 do 20:00.
2. Wyjątek stanowią Działy o wzmożonym rygorze sanitarnym tj. Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chemioterapii, Hematologii i Transplantacji Szpiku, gdzie odwiedziny odbywają się wyłącznie po uzyskaniu zgody personelu medycznego.
3. Przebywanie osób odwiedzających w Dziale poza godzinami określonymi w ust. 1 możliwe jest wyłącznie po uzyskaniu zgody lekarza dyżurnego.
4. Odwiedziny pacjentów winny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy Działu oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów, w szczególności prawa do poszanowania intymności oraz ciszy i spokoju.
5. W przypadkach uzasadnionych względami sanitarno-epidemiologicznymi, porządkowymi lub ze względu na stan zdrowia innych pacjentów przebywających w sali chorych odwiedziny mogą być w różnym zakresie ograniczone przez Kierownika Kliniki / Działu / Zakładu, za zgodą Dyrektora Szpitala.

#### **§ 151.**

1. Odwiedzający pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu są zobowiązani w szczególności do:
  - a) zachowania ciszy i spokoju,
  - b) poszanowania własności Szpitala,
  - c) przestrzegania zaleceń personelu medycznego,
  - d) poszanowania godności i prawa do intymności innych pacjentów
2. Odwiedzających obowiązuje zakaz:
  - a) manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami elektrycznymi, wentylacjami, grzewczymi itp.,
  - b) wnoszenia na teren Szpitala i spożywania napojów alkoholowych,
  - c) dostarczania artykułów żywnościowych, które zostały zabronione przez lekarza,
  - d) odwiedzin w stanie nietrzeźwym,
  - e) wprowadzania i przynoszenia jakichkolwiek zwierząt do budynku Szpitala,
  - f) siadania na łózkach szpitalnych.

3. Odwiedziny osób niepełnoletnich w wieku do lat 10, możliwe jest wyłącznie za wiedzą i zgodą lekarza prowadzącego.
4. Osoba odwiedzająca ma obowiązek:
  - a) włożyć okrycie ochronne, jeśli zaistnieją takie wskazania,
  - b) podporządkować się wszelkim zaleceniom i wskazówkom personelu Szpitala w trakcie odwiedzin,
5. Osoby odwiedzające, które nie zastosują się do postanowień niniejszego Regulaminu mogą zostać wyproszone poza Szpital i ponoszą odpowiedzialność zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.

#### **§ 152.**

1. Lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o: rozpoznaniu, stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być sformułowane jasno i zrozumiale.
2. Lekarz może udzielać informacji, o których mowa w ust. 1 innym osobom tylko za zgodą pacjenta. Jeżeli pacjent nie udzielił takiego upoważnienia przy przyjęciu do Szpitala, może złożyć je w trakcie pobytu.
3. W sytuacjach wyjątkowych jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia w następujących przypadkach:
  - a) gdy pacjent wyraźnie i świadomie nie życzy sobie udzielania takich informacji,
  - b) oraz jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.

#### **§ 153.**

1. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie Kierownicy Klinik/ Działów, lekarze prowadzący, w określonych godzinach pracy komórki organizacyjnej, a w wyjątkowych przypadkach lekarze dyżurujący, w czasie pełnienia dyżuru.
2. Informacji o stanie zdrowia pacjenta nie udziela się przez telefon ani w formie elektronicznej.
3. Pielęgniarki i położne mogą udzielać informacji wyłącznie w zakresie udzielanych przez nie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z posiadanymi przez nie kompetencjami.
4. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia niezwłocznie zawiadamia członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, wskazanego w oświadczeniu pacjenta dotyczącego upoważnienia osób do dostępu do informacji o stanie zdrowia.

### **ROZDZIAŁ XIII**

#### **ZASADY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

#### **§**

1. Na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta a w przypadku zgonu chorego osobie przez niego upoważnionej do uzyskania wglądu w dokumentację medyczną,
2. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
  - a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
  - b) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
  - c) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to jest: wojewodom, konsultantom krajowym, jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez Ministra Zdrowia, organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym, specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny - w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
  - d) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
  - e) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
  - f) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
  - g) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
  - h) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
  - i) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
3. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych osobowych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
4. Dokumentacja medyczna pacjenta jest udostępniana na wniosek w następujących formach:
  - a) do wglądu w Szpitalu, w obecności pracownika Szpitala uprawnionego do udostępniania dokumentacji medycznej,
  - b) poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów lub kserokopii,
  - c) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia

oryginałów tej dokumentacji, w sytuacjach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm., tj. w sytuacjach gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia i zdrowia pacjenta.

5. Szpital nie prowadzi dokumentacji w formie elektronicznej i nie udostępnia się dokumentacji medycznej w formie udostępnienia cyfrowego (skanu).
6. O zakresie informacji zawartej w wyciągu decyduje każdorazowo kierownik medycznej komórki organizacyjnej, której dokumentacja jest udostępniana.
7. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji należy obowiązkowo pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
8. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz Szpitala następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

#### **§ 155.**

1. Aby uzyskać wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji medycznej należy złożyć pisemny „Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej” w Dziale Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji.
2. Otrzymanie wniosku oraz udostępnienie dokumentacji medycznej jest każdorazowo odnotowywane we właściwym rejestrze przez osobę udostępniającą dokumentację pacjenta. Rejestr dla całego Szpitala znajduje się w Dziale Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji, w Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku oraz u Pełnomocnika Dyrektora Naczelnego ds. Koordynacji Pracy Poradni ŚCO.
3. W przypadkach uzasadnionych Szpital może odmówić udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta. Odmowa wydawana jest w formie pisemnej przez osobę uprawnioną.
4. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłaty według aktualnie obowiązującego cennika, stanowiącego załącznik do niniejszego Regulaminu.
5. W przypadku przesłania dokumentacji za pośrednictwem poczty Szpital pobiera opłatę uwzględniającą także koszty przesłania przez firmę (dostawcę usług pocztowych).
- 6.

#### **§ 156.**

Przyjmowanie należnych opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się w Kasie, znajdującej się w Budynku Głównym Szpitala oraz w punkcie rejestracji Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku (w zakresie dokumentacji dotyczącej leczenia w komórkach organizacyjnych Kliniki). Osoby uprawnione do otrzymania kserokopii dokumentacji, wyciągów, odpisów lub nośników elektronicznych, jako dowód dokonania opłaty otrzymują paragon fiskalny lub fakturę VAT.

## ROZDZIAŁ XIV

### POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

#### § 157.

1. W razie śmierci pacjenta w Dziale Szpitala pielęgniarka dyżurna niezwłocznie zawiadamia lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny po otrzymaniu zawiadomienia natychmiast dokonuje oględzin pacjenta, stwierdza zgon i jego przyczynę. Po stwierdzeniu zgonu, lekarz prowadzący (lekarz dyżurny) wpisuje do historii choroby:
  - a) datę zgonu pacjenta ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty,
  - b) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne ustalone wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
  - c) adnotację o skierowaniu zwłok na sekcję lub o odstąpieniu od sekcji wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji o zwolnieniu z sekcji.
3. Pielęgniarka dyżurna odnotuje w księdze raportów pielęgniarskich i na karcie gorączkowej datę zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca i dnia oraz godziny i minuty.
4. Zwłoki powinny być w odpowiedni sposób oznaczone, identyfikator z danymi osobowymi należy umieścić w miejscu widocznym.
5. Odpowiednio zabezpieczone zwłoki są przechowywane przez okres dwóch godzin z zachowaniem godności należnej zmarłemu w Dziale, gdzie stwierdzony został zgon. Po upływie tego czasu lekarz ponownie przeprowadza badanie w celu potwierdzenia zgonu:
  - a) wypełnia kartę zgonu,
  - b) wypełnia kartę sekcyjną,
  - c) wyraża zgodę na przewiezienie zwłok do Zakładu Anatomii Patologicznej (Prosektorium),
  - d) zawiadamia rodzinę zmarłego o zgonie, miejscu odebrania karty zgonu i zasadach odbioru zwłok.
6. Po wykonaniu czynności wymienionych w ust. 3 pielęgniarka zgłasza pracownikowi Zakładu Anatomii Patologicznej (Prosektorium) konieczność odebrania zwłok. Pracownicy Zakładu Anatomii Patologicznej zapewniają odbiór zwłok w systemie całodobowym.
7. Zwłoki osoby zmarłej w Szpitalu przechowywane są w Zakładzie Anatomii Patologicznej nie dłużej niż 48 godzin.
8. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w Zakładzie Anatomii Patologicznej dłużej niż 48 godzin, jeżeli:
  - a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.),
  - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,

- c) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny  
– za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
9. Pielęgniarka dyżurna w obecności pracownika Zakładu Anatomii Patologicznej przekazuje zwłoki do transportu, sprawdza ich oznakowanie identyfikatorem (kartą „pro morte”) oraz dołącza kartę sekcyjną zawierającą:
    - a) imię i nazwisko zmarłego,
    - b) PESEL,
    - c) numer historii choroby,
    - d) rozpoznanie kliniczne,
    - e) podpis lekarza wraz z imienną pieczętą.
  10. Pielęgniarka dyżurna informuje rodzinę zmarłego zgłaszającą się po kartę zgonu o konieczności zabrania z Depozytu Szpitala rzeczy pozostałych po zmarłym.
  11. W przypadku skierowania zwłok do autopsji. Kierownik Kliniki / Działu lub lekarz prowadzący przekazuje Koordynatorowi Zakładu Anatomii Patologicznej historię choroby wraz z dokumentacją zmarłego celem zapoznania się z nią lekarza (zespołu) dokonującego sekcji. Przekazanie historii choroby wraz z dokumentacją winno nastąpić nie później niż 2 godziny przed wyznaczonym terminem rozpoczęcia sekcji.
  12. W sytuacji nieodebrania zwłok przez rodzinę zmarłego Koordynator Zakładu Anatomii Patologicznej zawiadamia Zakład Opieki Społecznej właściwy dla miejsca zamieszkania chorego.
  13. Zakończoną i podpisaną przez lekarza prowadzącego i Kierownika Kliniki/ Działu historię choroby zmarłego przekazuje się do Działu Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji a następnie o Archiwum Szpitala.
  14. W razie śmierci pacjenta w Izbie Przyjęć (Recepcji) lub w Przychodni Specjalistycznej czynności wynikające z pkt. 1, 3, 4, 6 wykonuje pielęgniarka Izby Przyjęć lub pielęgniarka Przychodni. Zgon stwierdza lekarz Działu Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lekarz Przychodni lub lekarz, do którego miał być przyjęty pacjent.
  15. Transport zwłok powinien być tak przeprowadzony, aby nie zwracał uwagi pacjentów Szpitala.
  16. Pracownicy Zakładu Anatomii Patologicznej są zobowiązani zwłoki pacjenta umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
  17. Czynności, o których mowa w ust. 16 nie stanowią przygotowania zwłok pacjenta do pochowania. Za powyższe czynności nie pobiera się opłat.

### § 158.

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji chyba, że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyn określonych w ust. 1 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza się oświadczenie woli osoby zmarłej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
3. Zapis ust. 1 nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
  - a) określonych w przepisach odnoszących się do postępowania karnego,
  - b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
  - c) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
4. O zwolnieniu lub dokonaniu sekcji zwłok pacjenta decyduje Dyrektor Szpitala lub upoważniony lekarz w oparciu o opinię Kierownika Kliniki / Działu lub lekarza prowadzącego.

### **§ 159.**

1. W przypadku śmierci pacjenta diagnozowanego lub leczonego za pomocą radiofarmaceutyków personel medyczny Działu ma obowiązek zgłosić ten fakt Pracowni Ochrony Radiologicznej. Pracownik POR dokonuje pomiaru wartości mocy dawki wokół ciała zmarłego pacjenta w celu oceny narażenia personelu medycznego oraz pracowników Zakładu Anatomii Patologicznej.
2. Pracownik Zakładu Anatomii Patologicznej w czasie przewozu ciała zmarłego pacjenta zobowiązany jest zachować środki ostrożności wykorzystując fartuchy ołowiane oraz specjalną kapsułę do transportu zwłok).
3. Ciało pacjenta zostanie wydane osobom uprawnionym do ich pochowania po uzgodnieniu z Inspektorem Ochrony Radiologicznej, który przygotowuje zalecenia odnośnie kremacji lub pochówku.

### **§ 160.**

1. Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Szpital ma prawo pobierać opłaty od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok, wymienionych w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r., Nr 23, poz. 295 z późn. zm.) 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.
2. Osobami uprawnionymi do pochowania zwłok, zgodnie z ustawą o cmentarzach i chowaniu zmarłych jest najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:
  - a) pozostały małżonek / małżonka,
  - b) krewni zstępni,
  - c) krewni wstępni,
  - d) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa,
  - e) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
3. Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa

i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiążą.

4. Od osób i instytucji określonych w ust. 1 i 2 Szpital ma prawo pobrać opłatę za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, według aktualnie obowiązującego cennika, stanowiącego załącznik do niniejszego Regulaminu
5. Przyjmowanie należnych opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny odbywa się w Kasie, znajdującej się w Budynku Głównym Szpitala. Osoby uprawnione jako dowód uiszczenia opłaty otrzymują paragon fiskalny.
6. Z tytułu przechowywania zwłok pacjenta na zlecenie innych podmiotów leczniczych, instytucji i osób uprawnionych na podstawie umów zawieranych na przechowywanie zwłok Szpital pobiera opłaty według aktualnie obowiązującego cennika zaakceptowanego przez Dyrektora lub jego Zastępcę.

## **ROZDZIAŁ XV**

### **PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODZIEŻY**

#### **§ 161.**

1. Pacjent przyjęty do pobytu w Szpitalu ma prawo pozostawić swoje rzeczy osobiste i przedmioty wartościowe w Depozycie Szpitala, telefon: 41 / 36-74-483
2. Rzeczy pacjenta zadeklarowane do przechowania w Depozycie przyjmuje, pracownik Depozytu lub pielęgniarka na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 roku w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009r., nr 129, poz. 1068).
3. Pracownik jest zobowiązany do odnotowania przyjętych przedmiotów.
4. Za rzeczy wartościowe, a nie złożone do Depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
5. Rzeczy podręczne (np. protezy zębowe, okulary, skład kontaktowe itp.), stanowiące własność pacjenta), na czas zabiegu lub badań diagnostycznych, pacjent może przekazać personelowi do zabezpieczonej szafki, dostępnej w każdej Klinice /Dziale.
6. W razie śmierci chorego, jego rzeczy i depozyt wydaje się prawnym spadkobiercom.
7. Pacjentowi przekazującemu wartościowe rzeczy do Depozytu w Szpitalu, na czas pozostawania w nim, wydaje się „Kartę Depozytową” będącą pokwitowaniem przyjęcia przekazanych przedmiotów do Depozytu. W Depozycie zdeponowane przedmioty przechowywane są w zamkniętych pomieszczeniach, zabezpieczone przed uszkodzeniem, zniszczeniem, kradzieżą i pożarem.
8. Rzeczy wartościowe przyjęte do depozytu powinny być zabezpieczone w sposób wykluczający wyjęcie lub zamianę przedmiotów bez naruszenia opakowania.
9. W Depozycie prowadzona jest Księga Depozytów, która składa się z kopii kart depozytowych.



10. Karta depozytowa zawiera w szczególności:
  - a) kolejny nr karty,
  - b) oznaczenie komórki organizacyjnej,
  - c) dane osobowe niezbędne do zidentyfikowania pacjenta:
    - imię i nazwisko
    - data i miejsce urodzenia
    - adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji,
    - numer PESEL,
  - d) spis przedmiotów oddanych do depozytu zawierający ich opis oraz liczbę,
  - e) datę wypełnienia karty,
  - f) własnoręczny podpis osoby przyjmującej depozyt.
11. Jeden egzemplarz spisu przedmiotów składa się wewnątrz opieczetowanego depozytu, drugi egzemplarz dołącza się do akt i trzeci egzemplarz wydaje się osobie przyjmowanej do Szpitala.
12. Na opakowaniu depozytów zamieszcza się napisy określające :
  - a) nazwisko, imię i datę urodzenia osoby składającej depozyt,
  - b) rodzaj depozytu,
  - c) numer karty depozytowej.
13. W przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, pracownik depozytu albo pielęgniarka dyżurna Kliniki / Działu, w którym hospitalizowany jest chory sporządza spis przedmiotów oraz oddaje je do Depozytu.
14. Przedmioty przechowywane w depozycie wydaje się pacjentowi lub osobom uprawnionym za pokwitowaniem odbioru opatrzonym własnoręcznym podpisem na kopii karty depozytowej pozostającej w księdze depozytów.
15. Księgę depozytów prowadzi i przechowuje pracownik depozytu.
16. W przypadku przyjęcia depozytu poza godzinami pracy, w razie nieobecności pracownika depozytu, pracownik Izby Przyjęć (Recepcji) lub pielęgniarka dyżurna Kliniki / Działu sporządza opatrzony własnoręcznym podpisem spis przedmiotów oraz przyjmuje depozyt, po czym umieszcza go w zamkniętej na klucz szufladzie lub szafie oraz wydaje pokwitowanie. Do pokwitowania stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące karty depozytowej.
17. Na żądanie pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej, depozyt może być wydany częściowo w czasie pobytu pacjenta w Zakładzie
18. Jeżeli przyjmowana jest tylko część depozytu należy wydać cały depozyt, następnie wpisać w księdze depozytów pod nową pozycją i numerem przedmioty i sumę pieniężną, którą pacjent nadal pozostawia w depozycie.
19. W razie stwierdzenia braku lub niezgodności między zawartością depozytu i spisu przedmiotów należy sporządzić komisyjnie protokół ustalający rodzaj braków, wysokość szkód oraz stan opakowania. Do tego protokołu powinien być dołączony spis przedmiotów i opakowanie. Protokół z załącznikami należy skierować do organu powołanego do ścigania przestępstw.

## **ROZDZIAŁ XVI POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 162.**

1. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania przez Dyrektora o 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.

#### **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.