

ZARZĄDZENIE Nr 43...../2023
z dnia 22.12.2023r.

Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie

w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie

Na podstawie art. 46, w związku z art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2023 poz. 991 ze zm.) oraz § 9 Statutu Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie zarządza się, co następuje:

§ 1.

Nadaje się Specjalistycznemu Szpitalowi Wojewódzkiemu w Ciechanowie Regulamin Organizacyjny.

§ 2.

Regulamin Organizacyjny Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 3.

Traci moc Zarządzenie Nr 113 z dnia 10 października 2022 r. Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie wraz ze zmianami.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

p.o. DYREKTOR

Andrzej Juliusz Kamasa

Załącznik do Zarządzenia Nr ⁴³...../2023
z dnia ^{22.12.2023}.....r.
Dyrektora Specjalistycznego Szpitala
Wojewódzkiego w Ciechanowie

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W CIECHANOWIE

p.o. DYREKTOR

Andrzej Juliusz Kamasa

Ciechanów 2023

SPIS TREŚCI

Rozdział I

Postanowienia ogólne	4
----------------------------	---

Rozdział II

1. Cele, zadania, rodzaje oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	5
2. Struktura organizacyjna zakładów leczniczych.....	6

Rozdział III

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	6
Zasady ogólne udzielania świadczeń zdrowotnych	6
Zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnych	7
Zasady przekazywania pacjentów pomiędzy oddziałami Szpitala lub do innego podmiotu działalności leczniczej.....	8
Zasady informowania pacjenta o jego stanie zdrowia	9
Zasady odwiedzin pacjentów w szpitalu	9
Zasady organizacji udzielania świadczeń ambulatoryjnych.	9
Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach organizacyjnych o charakterze medycznym	11
Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia diagnostyki i leczenia , pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	11

Rozdział IV

Pobieranie opłat.....	11
-----------------------	----

Rozdział V

Prawa pacjenta	12
----------------------	----

Rozdział VI

Zasady kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala	13
Zakres obowiązków i odpowiedzialności Dyrektora Szpitala.....	13
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych	14
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora d/s Administracyjno – Technicznych	15
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa	16
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Głównego Księgowego	17
Zadania, obowiązki i odpowiedzialność Koordynatora Oddziału.....	18
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Kierownika Zakładu Diagnostycznego (Laboratorium, Bakteriologii, Patomorfologii, Diagnostyki Obrazowej).....	19
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Kierownika Bloku Operacyjnego	19
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Kierownika Centrum Gastroenterologii	20

Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Kierownika Apteki Szpitalnej	21
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Kierownika Centralnej Sterylizatorni	22
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Pielęgniarki Oddziałowej.....	23
Wspólne obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w komórkach administracyjnych Szpitala	23
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości	24
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Pełnomocnika Dyrektora ds. Ekonomicznych i Controlingu	25
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Pełnomocnika Dyrektora ds. Rozwoju Lecznictwa	26
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Pełnomocnika Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych	27
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Inspektora Danych Osobowych	27
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Inspektora Ochrony Radiologicznej	28
Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności Audytora Wewnętrznego	28
Zakres obowiązków, uprawnień Samodzielnego Stanowiska ds. BHP i P/POŻ	29
Zakres obowiązków, uprawnień Samodzielnego Stanowiska ds. Obronności	30
Rozdział VII	
Organizacja i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie	30
Zadania komórek organizacyjnych podległych bezpośrednio Dyrektorowi	31
Zadania komórek organizacyjnych podległych bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno Technicznych	37
Zadania komórek organizacyjnych podległych bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych ...	43
Zadania komórek organizacyjnych podległych bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa .	54
Zadania komórek organizacyjnych podległych bezpośrednio Głównemu Księgowemu	55
Rozdział VIII	
Postanowienia końcowe	55
Załączniki	56

Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

1. Szpital - Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie ul. Powstańców Wielkopolskich 2.
2. Statut – dokument określający ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz inne sprawy dotyczące funkcjonowania Szpitala m.in. cele i zadania, organy i strukturę organizacyjną w tym zadania , czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej, gospodarkę finansową.
3. Koordynator Oddziału – lekarz kierujący oddziałem, kieruje i odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie oddziału.
4. Lekarz dyżurny – lekarz wyznaczony przez Koordynatora Oddziału do pełnienia dyżuru w oddziale w godzinach ustalonych w harmonogramie pracy.
5. Pielęgniarka oddziałowa – wybierana w drodze konkursu, kierująca i odpowiadająca za prawidłową realizację procesu pielęgnowania.
6. Pielęgniarka koordynująca – kierująca we współpracy z pielęgniarką oddziałową i odpowiadająca za prawidłową realizację procesu pielęgnowania.
7. Pielęgniarka dyżurna – pielęgniarka wyznaczona przez Pielęgniarkę Oddziałową do pełnienia dyżuru wynikającego z grafiku pracy w systemie 12 godzinnym.

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej .
2. Siedzibą Szpitala jest miasto Ciechanów ul. Powstańców Wielkopolskich 2.
3. Organem założycielskim jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.
4. Szpital wpisany jest do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem 000000007323 W-14
5. Szpital posiada osobowość prawną. Zarejestrowany jest w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000008892.

§ 2

Szpital działa na podstawie:

1. Statutu Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.
2. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i przepisów wykonawczych.
3. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Innych ustaw, rozporządzeń dotyczących ochrony zdrowia oraz aktualnych zarządzeń prezesa NFZ.

ROZDZIAŁ II

Cele, zadania, rodzaje oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 3

1. Podstawowym celem działania Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej poprzez świadczeń zdrowotnych, jak również promocja zdrowia i realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
2. Realizując cele określone w ust. 1, Szpital jednocześnie uczestniczy w :
 - 1) przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny;
 - 2) prowadzeniu prac badawczych (badania kliniczne, eksperymenty medyczne).

§ 4

1. Do podstawowych zadań Szpitala należy: udzielanie ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym świadczeń zdrowotnych w zakresie: opieki stacjonarnej, specjalistycznej ambulatoryjnej, rehabilitacji leczniczej, psychiatrii, opieki paliatywnej i hospicyjnej, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, podstawowej opieki zdrowotnej, zintegrowanego ratownictwa medycznego,
2. Szpital jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową lub całkowitą odpłatnością pacjenta.

§ 5

1. Szpital może prowadzić wyodrębnioną organizacyjnie działalność w tym gospodarczą inną niż działalność lecznicza, polegającą na:
 - 1) świadczeniu usług sterylizacyjnych,
 - 2) świadczeniu usług cateringowych,
 - 3) świadczeniu usług handlowych,
 - 4) świadczeniu usług transportowych,
 - 5) świadczeniu usług parkingowych,
 - 6) dzierżawienie pomieszczeń i urządzeń,
 - 7) świadczeniu usług hotelarskich,
 - 8) produkcji i sprzedaży energii elektrycznej,
 - 9) sprzątaniu,
 - 10) przeglądzie i naprawach aparatury i sprzętu medycznego.
2. Szpital może prowadzić szkolenia, konferencje, kursy w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia dla placówek szkolnych, oświatowych, organizacji społecznych, stowarzyszeń, zainteresowanych osób fizycznych oraz udostępniać bazę szpitalną na ten cel innym jednostkom.
3. W wykonywaniu zadań Szpital współpracuje z:
 - 1) innymi podmiotami leczniczymi,
 - 2) stacjami sanitarno – epidemiologicznymi,
 - 3) organizacjami społecznymi,
 - 4) innymi niż wykonujące działalność leczniczą,
 - 5) osobami fizycznymiw zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych.

§ 6

Wyodrębnia się następujące zakłady lecznicze Szpitala:

1. Centrum Leczenia Szpitalnego w Ciechanowie
2. Ośrodek Lecznictwa Pozaszpitalnego w Ciechanowie

3. Ośrodek Specjalistyki Ambulatoryjnej w Ciechanowie.

§ 7

Struktura organizacyjna zakładów leczniczych

1. Strukturę organizacyjną zakładów leczniczych Szpitala wymienioną w § 6 stanowią Załączniki Nr 1, Nr 2 i Nr 3.
2. Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych wymienionych w ust. 1 określają regulaminy organizacyjne wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora..

ROZDZIAŁ III

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 8

Zasady ogólne udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
2. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami:
 1. Dokumentacja medyczna – zbiór dokumentów medycznych zawierający dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 1) dokumentacja w postaci papierowej - dokumentacja prowadzona w postaci papierowej
 - 2) dokumentacja w postaci elektronicznej – dokumentacja prowadzona w systemie informatycznym inna niż elektroniczna dokumentacja medyczna
 2. Dokumentacja w postaci elektronicznej– dokumentacja prowadzona w systemie informatycznym inna niż elektroniczna dokumentacja medyczna elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM)- dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo podpisem ZUS tj.:
 - a) e-recepty,
 - b) e-skierowania,
 - c) zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy wyrobów medycznych,
 - d) karty szczepień ochronnych,
 - e) informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala,
 - f) informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych,
 - g) karta informacyjna z leczenia szpitalnego,

- h) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem,
 - i) opis badań diagnostycznych.
4. Nadzór nad ochroną radiologiczną prowadzi Inspektor Ochrony Radiologicznej.
 5. W Oddziale Położniczo – Ginekologicznym i Oddziale Neonatologicznym monitorowane są wskaźniki opieki okołoporodowej. Koordynatorzy tych oddziałów raz w roku (styczeń) przekazują Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych raport z monitorowanych przez 12 miesięcy wskaźników. W Oddziale Położniczo – Ginekologicznym prowadzone jest badanie zadowolenia pacjentki.
 6. Monitoring Szpitala za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu możliwy jest w pomieszczeniach:
 - 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,
 - 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych.
 7. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 6, zawierające dane osobowe, Szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres zgodny z postanowieniami regulaminu pracy lub wynikające z przepisów prawa..
 8. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 7, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

§ 9

Zasady organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnych:

1. W oddziałach szpitalnych pacjenci objęci są specjalistycznymi, całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi.
2. Koordynatorem karty okołoperacyjnej jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie do zabiegu operacyjnego u danego pacjenta.
3. Przyjęcie do Szpitala może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie.
4. Przyjęcie do Szpitala odbywa się na zasadach określonych poniżej:
 - a) o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody,
 - b) jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, Koordynator Oddziału lub lekarz pełniący dyżur wyznaczają termin, w którym nastąpi przyjęcie. Fakt nie przyjęcia do Szpitala odnotowuje się w „księdze odmów przyjęć”.
5. Przyjęcia pacjentów w trybie nagłym i odbywają się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
6. Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w Izbie Przyjęć.
7. Z chwilą przyjęcia pacjenta do szpitala jego odzież, za pokwitowaniem przekazywana jest do depozytu, do magazynu rzeczy pacjentów. W dniu wypisu pacjenta do domu, odzież z depozytu odbiera pracownik szpitala – sanitariusz lub pielęgniarka i za pokwitowaniem przekazuje pacjentowi. Pacjent może przekazać odzież rodzinie.
8. Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje gdy:
 - a) stan jego zdrowia nie wymaga dalszego leczenia i pobytu w Szpitalu,

- b) pacjent lub przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala na „własne żądanie”,
 - c) gdy pacjent w sposób rażący narusza zasady zawarte w Regulaminie Organizacyjnym, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia innych osób,
 - d) przedstawiciel ustawowy żąda wypisania dziecka ze Szpitala, a Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony wyrazi na to zgodę.
9. Osobę występującą o wypisanie dziecka ze Szpitala, przed zakończeniem leczenia, lekarz informuje o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o podtrzymaniu decyzji o wypisaniu na własne żądanie. Złożone oświadczenie winno:
- a) zostać zapisane w historii choroby i być opatrzone datą jego złożenia,
 - b) zawierać imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji o stanie dziecka i możliwych następstwach wypisania dziecka przed zakończeniem leczenia,
 - c) zawierać w swojej treści stwierdzenie, że osoba wypisująca dziecko ze Szpitala została poinformowana o możliwych konsekwencjach dla dziecka takiego działania oraz że zrozumiała treść wyjaśnień.
10. Zaleca się, aby oświadczenie, o którym mowa w pkt 7 zostało dodatkowo podpisane przez drugiego lekarza.
11. Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania pacjenta nieletniego ze Szpitala, do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala, Sąd Opiekuńczy.
12. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, w sytuacji jeśli pacjent nie wyraża zgody na wypisanie ze szpitala, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor na wniosek Koordynatora Oddziału, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami.
13. W przypadku śmierci pacjenta, personel medyczny niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
14. Lekarz niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej, zawiadamia o tym fakcie wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego.

§ 10

Zasady przekazywania pacjentów pomiędzy oddziałami Szpitala lub do innego podmiotu działalności leczniczej.

1. Pacjent może być przekazany na inny oddział lub do innego zakładu opieki zdrowotnej po wstępnym uzgodnieniu z Koordynatorem Oddziału lub lekarzem dyżurnym z odnotowaniem tego faktu w historii choroby pacjenta wraz z danymi lekarza potwierdzającego termin i zgodę na przyjęcie pacjenta.
2. Pacjent powinien być przekazany na inny oddział wraz z zakończoną indywidualną dokumentacją medyczną.
3. W zależności od stanu pacjenta w transporcie do innego oddziału uczestniczy lekarz i pielęgniarka lub pielęgniarka i sanitariusz. Za transport do innego oddziału odpowiedzialny jest Koordynator Oddziału lub lekarz przez niego upoważniony.
4. Po przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego, indywidualną dokumentację medyczną (historia choroby) należy przekazać do Archiwum Medycznego Szpitala. Pacjent powinien otrzymać 2 egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego.

5. W szczególnych przypadkach (pilna konsultacja) możliwe jest wypożyczenie historii choroby do wglądu lekarzowi jednostki, do której kierowany jest pacjent. Lekarz informuje telefonicznie o tym fakcie pracowników zajmujących się archiwum medycznym Działu Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, którzy dokonują stosownej adnotacji w "Rejestrze historii chorób wychodzących na zewnątrz i zwrotów" i nadzoruje zwrot wypożyczonej dokumentacji.
6. Za organizację transportu i organizację nadzoru medycznego w czasie transportu pacjenta do innego podmiotu leczniczego (łącznie z opieką medyczną) jest odpowiedzialny Koordynator Oddziału kierującego.

§ 11

Zasady informowania pacjenta o jego stanie zdrowia

1. Pacjent ma prawo do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia na każde żądanie.
2. Osobami uprawnionymi do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta są:
 - a) Koordynator Oddziału, na którym przebywa pacjent,
 - b) lekarz bezpośrednio opiekujący się pacjentem,
 - c) inny lekarz oddziału – w czasie nieobecności w/w osób.
3. Pacjent ma prawo żądać informacji podanej w sposób przystępny, zrozumiały, z zachowaniem intymności i poszanowania zasad tajemnicy lekarskiej.
4. Pacjent ma prawo wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą jego osoby, w szczególności do zapoznania się z wynikami badań diagnostycznych.
5. Lekarz zajmujący się pacjentem zobowiązany jest do obowiązkowej informacji w czasie:
 - a) kwalifikacji do hospitalizacji :
 - informacja o wstępnej diagnozie i planie postępowania,
 - w razie odmowy – jej uzasadnienie,
 - b) obchodów lekarskich,
 - c) konsultacji specjalistycznych,
 - d) w każdym przypadku uzyskania wyników badań laboratoryjnych lub konsultacji, wpływających znacząco na zmianę planu postępowania lub rokowania.
6. Pacjent ma prawo do upoważnienia innych osób do uzyskania informacji o swoim zdrowiu, poprzez dokonanie wpisu do "Historii Choroby" w trakcie przyjęcia do oddziału.
7. W stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, lekarz powiadamia telefonicznie bez względu na porę dnia lub nocy, osobę wskazaną w historii choroby jako upoważnioną do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.
8. Pielęgniarki i położne mogą udzielać informacji wyłącznie dotyczących opieki pielęgniarstwa.

§ 12

Zasady odwiedzin pacjentów w szpitalu

Pacjent ma prawo kontaktu z osobami najbliższymi podczas pobytu w placówce (za wyjątkiem ciszy nocnej), o ile nie koliduje on z czynnościami leczniczo-pielęgnacyjnymi. Szczegółowe zasady odwiedzin określa regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora.

§ 13

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

1. Rodzaj udzielanych świadczeń ambulatoryjnych jest zgodny z zakresem uprawnień wynikających z wyuczonej specjalności oraz zakresu obowiązków lekarza udzielającego porady.

2. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem specjalności określonych w odrębnych przepisach.
3. Jeżeli stan zdrowia osoby ubezpieczonej wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania lekarza.
4. Jeżeli skierowanie jest wymagane, a pacjent go nie posiada wówczas ponosi koszty świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
5. Świadczenia zdrowotne związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia udzielane są bez skierowania.
6. Obowiązki lekarza specjalisty:
 - a) przyjęcie, diagnozowanie, informowanie o przeciwwskazaniach i istniejącym ryzyku zalecanego lub planowanego działania medycznego,
 - b) wskazanie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu miejsca, w którym może być wykonana zlecona diagnostyka, leczenie lub konsultacja specjalistyczna,
 - c) uzasadnienie ewentualnej i leczenie pacjenta w przypadkach chorobowych wykraczających poza zakres kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza innej specjalności,
 - d) udzielanie konsultacji, odpowiedzi na problem, który był przedmiotem prośby lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - e) przygotowanie pacjenta do zlecanej diagnostyki lub przewidzianej formy leczenia, poinformowanie o wskazaniach przyczyny odmowy leczenia, także w formie pisemnej – na prośbę lub żądanie pacjenta,
 - f) kompletne i bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wypisywanie recept zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - g) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy pacjenta – zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Poradnie specjalistyczne podporządkowane są Koordynatorom Oddziałów oddziałami według określonych specjalności medycznych.
8. Poradnie specjalistyczne funkcjonujące w Szpitalu przyjmują pacjentów w dni powszednie według harmonogramów opracowanych dla poszczególnych poradni. Godziny przyjęć poradni określają Koordynatorzy Oddziałów. Szczegółowe informacje o godzinach pracy poradni pacjent może uzyskać telefonicznie lub osobiście w Centralnej Rejestracji Szpitala.
9. Pacjent przyjmowany do poradni musi:
 - a) być uprawniony do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (EWUŚ) lub posiadać dokument uprawniający do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
 - b) posiadać kod do skierowania elektronicznego lub papierowe skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli takie jest wymagane,
 - c) posiadać kartę/y informacyjną/e z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.
10. W przypadkach nagłych (bezpośredniego zagrożeniu życia lub zdrowia), skierowanie od lekarza nie jest wymagane.
11. Przed przyjściem do poradni pacjent powinien zostać zarejestrowany – osobiście lub telefonicznie.
12. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń specjalistycznych ambulatoryjnych, z którego usług medycznych będzie korzystał.
13. Przyjmowanie pacjentów w poradniach następuje bez zbędnej zwłoki. Jeśli to niemożliwe tworzy się listę osób oczekujących.
14. W przypadkach nagłych zachorowań, porada w poradni, niezbędny zabieg, odbywają się w dniu zgłoszenia.

15. Ustalanie kolejności przyjęć w dniu zgłoszenia ma charakter wyłącznie porządkowy. W przypadkach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta oczekującego na przyjęcie przez lekarza specjalistę, lekarz podejmuje decyzję o zmianie kolejności przyjęć.
16. Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia nie przekracza okresu wskazanego w obowiązujących standardach świadczeń dla danej specjalności.
17. Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego.

§ 14

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach organizacyjnych o charakterze medycznym

1. W zakładach diagnostycznych i pracowniach wykonywane są bezpłatnie badania diagnostyczne a lecznicze na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pacjenci, którzy posiadają skierowania od lekarzy poradni Szpitala, zobowiązani są wykonać badania w odpowiednich komórkach organizacyjnych Szpitala. Jeśli Szpital nie wykonuje określonego rodzaju badań wówczas wskazuje ośrodek, w którym można badanie wykonać.
3. W zakładach diagnostycznych i pracowniach wykonywane są również badania diagnostyczne odpłatnie, zgodnie z obowiązującym cennikiem.
4. W zakładach diagnostycznych i pracowniach wykonywane są również badania diagnostyczne na podstawie podpisanych umów z innymi świadczeniodawcami.
5. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w zakładzie lub pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji – osobistej lub telefonicznej.
6. Badania oznaczone przez lekarza kierującego jako „pilne” wykonywane są w pierwszej kolejności.

§ 15

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIEŁĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się na zasadach uzgodnień z tymi podmiotami bądź zawartych umów.

ROZDZIAŁ IV

Pobieranie opłat

§ 16

1. Ustala się następującą odpłatność za udostępnianie dokumentacji medycznej:
 - a) Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 14,01 zł
 - b) Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - 0,49 zł
 - c) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - 2,80 zł
2. Opłaty, o której mowa w ust.1-3 nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żadnym zakresie i sposobie, o którym mowa w art.27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust.3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust.1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Zgodnie z art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, sporządzona w SSzW dokumentacja medyczna dotycząca diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udostępniana jest nieodpłatnie pacjentowi posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

§ 17

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym wynosi 150 zł/dobę.

§ 18

1. Opłaty za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określa cennik usług medycznych uwzględniający rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego, wprowadzony odrębnym Zarządzeniem Dyrektora. Cennik usług, w tym usług medycznych jest integralną częścią Regulaminu Organizacyjnego i stanowi Załącznik Nr 5.
2. Cennik usług medycznych udostępniany jest dla pacjentów w kasie Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala.

§ 19

W przypadku odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, pacjent przed wykonaniem świadczenia zdrowotnego wnosi opłatę w kasie Szpitala, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych kontrahentom zewnętrznym na podstawie zawartej umowy, rachunek (fakturę) wystawia się po zakończeniu miesiąca, na podstawie raportu z wykonanych świadczeń.

ROZDZIAŁ V PRAWA PACJENTA

§ 20

1. Pacjent ma prawo do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
 - 2) w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych - do przejrzystej, obiektywnej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
 - 3) świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez osoby uprawnione do ich udzielania w warunkach odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
 - 4) informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo ich zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - 5) żądania, aby lekarz udzielający mu świadczeń zdrowotnych zasięgał opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a także by pielęgniarka/ położna zasięgała opinii innej pielęgniarki/położnej,
 - 6) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy udzielania takiej zgody po uzyskaniu odpowiednich informacji,
 - 7) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza dotyczących stanu zdrowia, jeżeli opinia lub orzeczenie lekarza ma wpływ na prawa i obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa,
 - 8) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami,
 - 9) opieki duszpasterskiej.
2. Pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Przedstawiciel ustawowy pacjenta, który jest niezdolny do wyrażenia zgody lub jest całkowicie ubezwłasnowolniony, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 2. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego, prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
3. Pacjent, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do

udzielania świadczenia zdrowotnego pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o zgodzie mowa w pkt 2-4, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo na brak takiej woli.
5. Pacjent ma także prawo do:
 - 1) intymności poszanowania godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, przy czym prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności, a w przypadku gdy pacjent znajduje się w stanie terminalnym, prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających mu łagodzenie bólu i innych cierpień,
 - 2) zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego,
 - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez przedstawiciela ustawowego, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta,
 - 4) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
 - 5) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

ROZDZIAŁ VI

ZASADY KIEROWANIA JEDNOSTKAMI, KOMÓRAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

§ 21

Zakres obowiązków i odpowiedzialności Dyrektora Szpitala:

1. Zakres obowiązków i odpowiedzialności Dyrektora obejmuje m.in.
 - a) samodzielne, przy pomocy swoich zastępców, zarządzanie Szpitalem i odpowiedzialność za jego prawidłowe funkcjonowanie,
 - b) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
 - c) zwierzchnictwo nad wszystkimi pracownikami Szpitala,
 - d) organizowanie pracy Szpitala w sposób zapewniający prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartymi umowami,
 - e) prawidłową gospodarkę mieniem Szpitala,
 - f) nadzór nad prowadzeniem właściwej gospodarki lekami,
 - g) nadzór nad zapewnieniem Szpitalowi niezbędnego sprzętu, aparatury i leków, w sposób zgodny z zapisami ustawy o zamówieniach publicznych,
 - h) nadzór nad zapewnieniem właściwego stanu higieniczno – sanitarnego i estetycznego Szpitala oraz jego otoczenia,
 - i) nadzór nad doskonaleniem pracy podległych pracowników przez umożliwienie doszkalania i udział w szkoleniach wewnątrzzakładowych,
 - j) nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych,
 - k) nadzór nad przestrzeganiem przepisów p.poż, BHP,
 - l) nadzór nad realizacją zadań wynikających z przepisów dotyczących obronności i obrony cywilnej,

- m) prowadzenie polityki kadrowej Szpitala, zatrudnianie i zwalnianie pracowników w tym zatrudnianie i zwalnianie swoich zastępców (jeżeli dyrektor nie jest lekarzem z-ca dyrektora d/s medycznych wyłaniany jest w drodze konkursu organizowanego przez organ założycielski),
 - n) informowanie z odpowiednim wyprzedzeniem Dyrektora Urzędu Marszałkowskiego o planowanych zmianach kadrowych na stanowiskach zastępców dyrektora oraz innych stanowiskach kierowniczych.
2. Współpraca z samorządami lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi i innymi organizacjami działającymi na terenie Szpitala.
 3. Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków.
 4. Wydawanie zarządzeń i decyzji wchodzących w zakres zarządzania Szpitalem.
 5. Nagradzanie, wyróżnianie i karanie pracowników.
 6. Nadzór nad terminowym i prawidłowym prowadzeniem sprawozdawczości medycznej, finansowej i innej wymaganej prawem.
 7. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
 - a) Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych,
 - b) Zastępcy Dyrektora d/s Administracyjno – Technicznych,
 - c) Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa,
 - d) Głównego Księgowego,
 - e) kierowników komórek organizacyjnych działalności podstawowej,
 - f) kierowników innych komórek organizacyjnych,
 - g) pełnomocników Dyrektora i samodzielnych stanowisk pracy.
 8. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach nie uregulowanych niniejszym Regulaminem.
 9. Dyrektor jest zwierzchnikiem wszystkich pracowników. Bezpośredni nadzór pełni nad komórkami organizacyjnymi, umieszczonymi w schemacie organizacyjnym Szpitala, stanowiącym Załącznik Nr 4 do niniejszego Regulaminu.

§ 22

ZAKRES OBOWIĄZKÓW I ODPOWIEDZIALNOŚCI ZASTĘPCY DYREKTORA D/S MEDYCZNYCH:

1. Zastępca Dyrektora d/s Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Realizuje nałożone zadania przy pomocy Koordynatorów Oddziałów, kierowników zakładów i pracowni diagnostycznych oraz kierowników pozostałych, podległych komórek organizacyjnych.
3. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych należy:
 - a) zarządzanie i nadzór nad organizacją i jakością działalności podstawowej Szpitala,
 - b) prowadzenie racjonalnej polityki kadrowej w odniesieniu do podległego personelu,
 - c) zapewnienie bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - d) egzekwowanie obowiązku okresowych badań i szczepień ochronnych podległych pracowników,
 - e) nadzór nad doskonaleniem zawodowym podległego personelu, w obszarze realizowanych zadań,
 - f) nadzór nad zaopatrzeniem komórek organizacyjnych działalności podstawowej Szpitala w sprzęt i aparaturę medyczną, leki oraz ich prawidłowe magazynowanie,
 - g) nadzór nad merytorycznym przygotowaniem materiałów niezbędnych do składania ofert oraz udział w negocjowaniu umów i kontraktów na świadczenia zdrowotne,

- h) nadzór nad realizacją, sprawozdawczością i rozliczaniem zawartych umów i kontraktów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - i) opiniowanie merytoryczne umów dotyczących zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną i innych działań dotyczących zakupów z zakresu działalności podstawowej,
 - j) nadzór nad problematyką epidemiologiczną Szpitala; monitorowanie, profilaktyka, podejmowanie działań operacyjnych w tym zakresie oraz analiza incydentów epidemiologicznych,
 - k) współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań,
 - l) bieżąca współpraca z Działem Księgowości celem efektywnego wykorzystania środków finansowych,
 - m) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami np. NFZ, PSSE, PIP,
 - n) wykonywanie innych zadań zleczanych przez Dyrektora Szpitala.
4. Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych podlegają komórki organizacyjne wykazane w schemacie organizacyjnym Szpitala będącym załącznikiem Nr 1, Nr 2, Nr 3 do niniejszego regulaminu.
5. Z tytułu nałożonych obowiązków, Zastępca Dyrektora d/s Medycznych posiada uprawnienia do:
- a) podpisywania dokumentów finansowych dotyczących leczenia – na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora,
 - b) merytorycznej oceny podległego personelu,
 - c) opiniowania wniosków o przyjęcia, zwalnianie, nagradzanie i karanie podległych pracowników,
 - d) opiniowania merytorycznego projektów zamówień, planów i umów dotyczących sprzętu i aparatury medycznej,
 - e) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań,
 - f) przyjmowania i rozpatrywania skarg, zażaleń oraz wniosków dotyczących leczenia,
6. Zastępcę Dyrektora d/s Medycznych podczas jego nieobecności zastępuje osoba przez niego wskazana.

§ 23

ZAKRES OBOWIĄZKÓW I ODPOWIEDZIALNOŚCI ZASTĘPCY DYREKTORA D/S ADMINISTRACYJNO – TECHNICZNYCH

1. Zastępca Dyrektora d/s Administracyjno – Technicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Realizuje nałożone zadania przy pomocy podległych kierowników komórek organizacyjnych.
3. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora d/s Administracyjno – Technicznych należy:
 - a) nadzór nad bieżącym utrzymaniem obiektów i otoczenia szpitalnego w stanie technicznym i funkcjonalnym, umożliwiającym Szpitalowi realizację zadań statutowych,
 - b) organizowanie okresowych przeglądów nieruchomości zarządzanych przez Szpital,
 - c) nadzór nad racjonalną eksploatacją infrastruktury technicznej Szpitala, w tym kotłowni, spalarni odpadów oraz wszelkich instalacji, sieci i urządzeń,
 - d) nadzór nad gospodarką mediami, olejami i paliwami oraz odpadami powstającymi w wyniku ich używania,
 - e) nadzór nad transportem wewnętrznym Szpitala,
 - f) Nadzór nad zapewnieniem ciągłości dostaw mediów, w tym gazów medycznych w ilości i jakości odpowiadającej potrzebom i posiadanym zasobom,
 - g) opracowywanie planów inwestycji, remontów bieżących i kapitalnych oraz nadzór nad ich realizacją,

- h) opiniowanie pod względem merytorycznym umów zawieranych z podmiotami zewnętrznymi, dotyczącymi realizowanych zadań,
 - i) nadzór nad doskonaleniem zawodowym podległych pracowników, szczególnie w zakresie konieczności posiadania wymaganych uprawnień i certyfikatów,
 - j) współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań,
 - k) bieżąca współpraca z Działem Księgowości celem efektywnego wykorzystania środków finansowych,
 - l) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami np. PSP, PIP, PSSE,
 - m) wykonywanie innych zadań zleczanych przez Dyrektora Szpitala,
4. Zastępcy Dyrektora d/s Administracyjno – Technicznych podlegają komórki organizacyjne określone w schemacie organizacyjnym Szpitala, będącym Załącznikiem Nr 4 do niniejszego regulaminu.
 5. Z tytułu nałożonych obowiązków, Zastępca Dyrektora d/s Administracyjno – Technicznych posiada uprawnienia do:
 - a) opiniowania pod względem merytorycznym projektów zamówień, planów i umów dotyczących realizowanych zadań,
 - b) podpisywania dokumentów finansowych dotyczących realizowanych zadań – na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora,
 - c) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - d) opiniowania wniosków o przyjęcia lub zwalnianie oraz nagradzanie i karanie podległych pracowników
 - e) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań.
 6. Zastępcę Dyrektora d/s Administracyjno - Technicznych podczas jego nieobecności zastępuje osoba przez niego wskazana.

§ 24

ZAKRES OBOWIĄZKÓW I ODPOWIEDZIALNOŚCI ZASTĘPCY DYREKTORA D/S PIEŁĘGNIARSTWA:

1. Zastępca Dyrektora d/s Pielęgniarstwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora d/s Pielęgniarstwa realizuje nałożone zadania przy pomocy pielęgniarek oddziałowych.
3. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa należy:
 - a) zapewnienie właściwej organizacji pracy pielęgniarek, położnych i medycznego personelu pomocniczego w jednostkach (komórkach) organizacyjnych Szpitala,
 - b) ocena jakości pracy oraz poziomu usług medycznych świadczonych przez pielęgniarki, położne oraz medyczny personel pomocniczy,
 - c) kształtowanie polityki kadrowej w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i medycznego personelu pomocniczego - w porozumieniu z Dyrektorem,
 - d) planowanie szkoleń i nadzór nad ich realizacją,
 - e) wnioskowanie i wdrażanie rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych doskonalących opiekę nad pacjentami,
 - f) planowanie, analizowanie i ocenianie realizacji planów pracy podległego personelu oraz realizowanych w Szpitalu programów zdrowotnych,
 - g) analizowanie i wnioskowanie w zakresie potrzeb dotyczących higieny szpitalnej (sprzęt jednorazowego użytku, środki ochrony osobistej, środki dezynfekcyjne, materiały i sprzęt sterylizacyjny, środki do oceny skuteczności sterylizacji, bielizna szpitalna itp.),

- h) współdziałanie z Zespołem Medycznych Szkół Policealnych, Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w zakresie organizacji kształcenia praktycznego studentów i słuchaczy,
 - i) współpraca z kadrami kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań,
 - j) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami np. NFZ., PIP, PSSE,
 - k) wykonywanie innych zadań zlecanych przez Dyrektora Szpitala.
4. Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa podlega personel pielęgniarski i położniczy działalności podstawowej - w lecznictwie zamkniętym i otwartym oraz wydzielony personel pomocniczy (z wyłączeniem działów diagnostycznych) oraz komórki wymienione w schemacie organizacyjnym Szpitala stanowiącym Załącznik Nr 2 do niniejszego regulaminu.
 5. Z tytułu nałożonych obowiązków Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa posiada uprawnienia do:
 - a) merytorycznej oceny podległego personelu,
 - b) rozpatrywania skarg i wniosków dotyczących opieki pielęgniarskiej i położniczej,
 - c) opiniowania wniosków o przyjęcia lub zwalnianie oraz nagradzanie i karanie podległych pracowników,
 6. Zastępcę Dyrektora d/s Pielęgniarstwa zastępuje podczas jej nieobecności osoba przez niego wskazana.

§ 25

ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIEŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO:

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do obowiązków Głównego Księgowego należy prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami a w szczególności:
 - a) organizacja sporządzania, przyjmowania, archiwizowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
 - właściwy przebieg operacji gospodarczych,
 - ewidencję mienia będącego w posiadaniu Szpitala,
 - sporządzanie sprawozdawczości finansowej,
 - b) bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:
 - terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych,
 - prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych,
 - c) nadzorowanie prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez podległe komórki organizacyjne zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala,
 - d) ewidencja gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi zasadami, szczególnie:
 - zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych ze Szpitalem,
 - przestrzeganie terminowego ściągania należności i dochodzenie roszczeń spornych,
 - nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków będących w dyspozycji Szpitala,
 - e) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Szpitala, dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a w szczególności zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych,
 - f) wykonywanie innych zadań o charakterze operacyjnym i strategicznym z zakresu polityki finansowej zlecanych przez Dyrektora.
3. Głównemu Księgowemu podlegają komórki organizacyjne wskazane w schemacie organizacyjnym Szpitala będącym Załącznikiem Nr 1 do niniejszego regulaminu.

4. Z tytułu nałożonych obowiązków, Główny Księgowy posiada uprawnienia do:
- a) merytorycznej oceny podległego personelu,
 - b) zgłaszania wniosków, propozycji i projektów dotyczących zadań operacyjnych i strategicznych z zakresu realizowanych zadań,
 - c) opiniowania wniosków o przyjęcia, zwalnianie, nagradzanie i karanie podległych pracowników,
 - d) udziału w odprawach i naradach kierownictwa Szpitala.

§ 26

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KOORDYNATORA ODDZIAŁU

1. Koordynator Oddziału podlega służbowo Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Koordynatora Oddziału należy zarządzanie i kierowanie Oddziałem, w tym procesem diagnostyki, leczenia, rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
 - a) prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno – leczniczego,
 - b) zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Szpitala, poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń,
 - c) przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,
 - d) analizowanie potrzeb Oddziału i przedkładanie ich przełożonemu,
 - e) nadzór nad jakością dokumentacji, jej przepływem i bezpieczeństwem,
 - f) nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno – leczniczego,
 - g) nadzór nad stanem techniczno – funkcjonalnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością Oddziału i podległych poradni specjalistycznych,
 - h) skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności Oddziału i podległych poradni specjalistycznych,
 - i) nadzór nad stanem epidemiologicznym Oddziału, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
 - j) zgłaszanie Z-cy Dyrektora d/s Medycznych wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,
 - k) współpraca z Zastępcą Dyrektora d/s Pielęgniarstwa w zakresie wszystkich zagadnień związanych z zapewnieniem prawidłowej opieki pielęgniarskiej i położniczej podejmowanych w obszarze działań oddziału,
 - l) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem i udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podległych poradniach specjalistycznych,
 - m) nadzór nad przestrzeganiem zasad BHP i P/Poż przez podległy personel,
 - n) realizacja decyzji Dyrektora lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym lub innymi zdarzeniami o podobnych charakterze,
 - o) udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność Oddziału,
 - p) nadzór nad realizacją planu szkoleń.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Koordynator Oddziału posiada uprawnienia do:

- a) zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi oddziału,
- b) merytorycznej oceny podległych pracowników,
- c) opiniowanie projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania oddziału,
- d) oceny kwalifikacji podległego personelu lekarskiego, wnioskowania w sprawie przyjmowania, zwalniania, awansowania i karania w/w.

§ 27

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKÓW ZAKŁADÓW DIAGNOSTYCZNYCH: LABOLATORIUM, BAKTERIOLOGII, DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ, PATOMORFOLOGII

1. Kierownik Zakładu Diagnostycznego podlega Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Zakładu Diagnostycznego należy kierowanie Zakładem, w tym procesem diagnostyki odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
 - a) prawidłowa organizacja działalności Zakładu,
 - b) zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Szpitala, poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń,
 - c) przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,
 - d) analizowanie potrzeb Zakładu i przedkładanie ich przełożonemu,
 - e) nadzór nad jakością dokumentacji, jej przepływem i bezpieczeństwem,
 - f) nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostycznego,
 - g) nadzór nad stanem techniczno – funkcjonalnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością Zakładu Diagnostycznego,
 - h) skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności Zakładu Diagnostycznego,
 - i) nadzór nad stanem epidemiologicznym Zakładu Diagnostycznego, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych,
 - j) udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność Zakładu,
 - k) współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala, innych podmiotów medycznych, konsultantami w zakresie dotyczącym Zakładu Diagnostycznego,
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Zakładu Diagnostycznego posiada uprawnienia do:
 - a) zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi Zakładu Diagnostycznego,
 - b) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - c) opiniowanie projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania Zakładu Diagnostycznego,
 - d) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących Zakładu Diagnostycznego.

§ 28

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKA BLOKU OPERACYJNEGO:

1. Kierownik Bloku Operacyjnego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Bloku Operacyjnego należy zarządzanie i kierowanie w zakresie medycznym, administracyjnym i gospodarczym Blokiem Operacyjnym a w szczególności:

- a) właściwe przygotowanie bloku operacyjnego do wykonywania zabiegów operacyjnych w trybie planowym i nagłym, chorym przebywającym na wszystkich oddziałach Szpitala,
 - b) nadzór nad prawidłowym przechowywaniem i ewidencją środków odurzających i silnie działających,
 - c) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej obowiązującej w Bloku Operacyjnym,
 - d) wspólnie z Koordynatorami oddziałów zabiegowych układanie planu operacji planowych,
 - e) nadzór nad przygotowaniem i przechowywaniem instrumentów chirurgicznych, materiałów opatrunkowych wykorzystywanych do zabiegów operacyjnych,
 - f) nadzór nad właściwym przeprowadzeniem procesów dezynfekcyjnych pomieszczeń bloku operacyjnego zgodnie z normami określonymi przez przepisy sanitarno-epidemiologiczne,
 - g) sprawowanie nadzoru nad personelem bloku operacyjnego w zakresie przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki,
 - h) zapewnienie organizacji pracy w sposób zabezpieczający właściwe warunki do należytego wykorzystania kwalifikacji i zdolności osobistych pracowników w ramach istniejących struktur organizacyjnych w zakładzie pracy,
 - i) opracowywanie planów urlopów wypoczynkowych i nadzór nad ich wykorzystaniem,
 - j) opracowywanie planu szkoleń i przedstawienie ich dyrektorowi szpitala,
 - k) nadzór nad prowadzeniem prawidłowej ewidencji czasu pracy podległych pracowników,
 - l) opracowywanie okresowych ocen pracowników oraz wyników ich pracy z zachowaniem obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów, ich analizę oraz przedstawienie wniosków z przeprowadzonej oceny dyrektorowi szpitala,
 - m) organizacja pracy podległych pracowników w sposób zapewniający prawidłową i terminową realizację powierzonych zadań,
 - n) zapewnienie przestrzegania przez podległych pracowników regulaminu pracy, przepisów prawa pracy i bhp oraz przeciwpożarowych,
 - o) przestrzeganie dyscypliny formalnej, merytorycznej i organizacyjnej na podległym służbowo obszarze,
 - p) zapewnienia ciągłości kierowania podległą komórką w przypadku swojej nieobecności w pracy,
 - q) wykonywania innych czynności zleconych przez dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym zakresem obowiązków,
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Bloku Operacyjnego posiada uprawnienia do:
- a) zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi Bloku Operacyjnego,
 - b) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - c) opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania Bloku Operacyjnego,
 - d) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących Bloku Operacyjnego.

§ 29

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKA CENTRUM GASTROENTEROLOGII

1. Podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Centrum Gastroenterologicznego należy zarządzanie i kierowanie w zakresie medycznym, administracyjnym i gospodarczym Centrum a w szczególności:
 - a) organizowanie pracy w Centrum Gastroenterologicznym zgodnie z obowiązującymi przepisami,

- b) uczestniczenie w wykonywaniu badań diagnostycznych,
 - c) prowadzenie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom usług świadczonych przez Centrum,
 - d) zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - e) opracowywanie planów urlopów wypoczynkowych i nadzór nad ich wykorzystaniem,
 - f) opracowywanie planu szkoleń i przedstawienie ich dyrektorowi szpitala,
 - g) nadzór nad prowadzeniem prawidłowej ewidencji czasu pracy podległych pracowników,
 - h) opracowywanie okresowych ocen pracowników oraz wyników ich pracy z zachowaniem obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów, ich analizę oraz przedstawienie wniosków z przeprowadzonej oceny dyrektorowi szpitala,
 - i) organizacja pracy podległych pracowników w sposób zapewniający prawidłową i terminową realizację powierzonych zadań,
 - j) zapewnienie przestrzegania przez podległych pracowników regulaminu pracy, przepisów prawa pracy i bhp oraz przeciwpożarowych,
 - k) zapewnienia ciągłości kierowania podległą komórką w przypadku swojej nieobecności w pracy,
 - l) wykonywania innych czynności zleconych przez dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym zakresem obowiązków.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Centrum Gastroenterologicznego posiada uprawnienia do:
- a) zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi Centrum Gastroenterologicznego,
 - b) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - c) opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania Centrum Gastroenterologicznego,
 - d) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących Centrum Gastroenterologicznego.

§ 30

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKA APTEKI SZPITALNEJ

1. Kierownik Apteki Szpitalnej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Apteki Szpitalnej należy zarządzanie i kierowanie w zakresie medycznym, administracyjnym i gospodarczym Apteką Szpitalną a w szczególności:
 - a) przestrzeganie, aby sporządzanie leków w aptece oraz ich wydawanie było zgodne z obowiązującymi przepisami oraz postępowaniem wiedzy farmaceutycznej,
 - b) przestrzeganie aby zapasy leków i artykuły sanitarne przechowywane były w sposób właściwy, nie ulegały przeterminowaniu i aby stan zapasów był zgodny z potrzebami apteki,
 - c) kontrolowanie należytego prowadzenia ewidencji przychodu i rozchodu leków i artykułów znajdujących się w aptece,
 - d) nadzorowanie gospodarki narkotykami w oddziałach szpitalnych, Zakładzie Pomocy Doraźnej oraz innych komórkach organizacyjnych Szpitala,
 - e) informowanie lekarzy szpitala o nowych lekach wprowadzonych do obrotu;
 - f) zapewnienie ciągłości kierowania podległą komórką w przypadku swojej nieobecności w pracy,
 - g) zapewnienie właściwego działania w kierunku racjonalnej gospodarki lekiem,

- h) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym zakresem obowiązków.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Apteki Szpitalnej posiada uprawnienia do:
- e) zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi Apteki Szpitalnej,
 - f) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - g) opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania Apteki Szpitalnej,
 - h) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących Apteki Szpitalnej.

§ 31

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKA CENTRALNEJ STERYLIZATORNI

1. Kierownik Centralnej Sterylizatorni podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora d/s Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Centralnej Sterylizatorni należy zarządzanie i kierowanie w zakresie medycznym, administracyjnym i gospodarczym Centralną Sterylizatornią a w szczególności:
 - a) organizowanie, koordynowanie i nadzór nad pracą podległego personelu,
 - b) kontrolowanie przebiegu bieżących procesów sterylizacji,
 - c) współpraca z kadrą kierowniczą oddziałów, działów i komórek organizacyjnych szpitala i inspekcją sanitarną,
 - d) nadzór merytoryczny nad pracą personelu zatrudnionego przy pracach związanych z procesem sterylizacji, dezynfekcji, przechowywania i posługiwania się materiałem sterylnym poza Centralną Sterylizatornią, w oddziałach,
 - e) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji,
 - f) ustalanie ilości i jakości zasobów rzeczowych niezbędnych do wykonywania zadań,
 - g) wnioskowanie w sprawie wyposażenia i doposażenia Centralnej Sterylizatorni w sprzęt i aparaturę,
 - h) upowszechnianie i w miarę możliwości wykorzystywanie w praktyce najnowszych osiągnięć naukowych w zakresie sterylizacji i dezynfekcji,
 - i) podnoszenie własnych kwalifikacji poprzez uczestnictwo w szkoleniach i samokształcenie,
 - j) nadzór nad jakością świadczonych usług,
 - k) bieżąca kontrola procesów sterylizacji,
 - l) zapewnienie ciągłości kierowania podległą komórką w przypadku swojej nieobecności w pracy,
 - m) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Centralnej Sterylizatorni posiada uprawnienia do:
 - a) zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi Centralnej Sterylizatorni,
 - b) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - c) opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania Centralnej Sterylizatorni,
 - d) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących Centralnej Sterylizatorni.

§ 32

ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

1. Pielęgniarka Oddziałowa podlega służbowo Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa, a w zakresie realizowanych zadań Koordynatorowi Oddziału
2. Do podstawowych zadań Pielęgniarki Oddziałowej należy:
 - a) planowanie, koordynowanie, organizacja i nadzór nad realizacją zadań podległego personelu, w zakresie bezpośredniej opieki nad pacjentem,
 - b) nadzór nad stanem epidemiologicznym oddziału,
 - c) nadzór nad obiegiem czystej i brudnej bielizny,
 - d) nadzór nad jakością sprzątania w Oddziale,
 - e) udział w monitoringu zakażeń występujących w Oddziale,
 - f) w uzasadnionych przypadkach zgłaszanie konieczności pobrania wymazów,
 - g) nadzór nad aktualizacją pracowniczych książeczek zdrowia,
 - h) nadzór nad realizacją planu szkoleń podległego personelu,
 - i) racjonalne i oszczędne gospodarowanie sprzętem i materiałami, zgłaszanie na bieżąco usterek w celu ich usunięcia,
 - j) systematyczne uzupełnianie sprzętu, leków i materiałów niezbędnych do realizowania zadań statutowych w oddziale,
 - k) udział w działaniach związanych z promocją zdrowia,
 - l) udział w procesie adaptacyjnym nowoprzyjętych pracowników, stażystów, studentów odbywających zajęcia praktyczne,
 - m) zapewnienie ciągłości kierowania podległą komórką w przypadku swojej nieobecności w pracy,
 - n) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Pielęgniarka Oddziałowa posiada uprawnienia do:
 - a) merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - b) opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania oddziału,
 - c) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących oddziału.

§ 33

WSPÓLNE OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ OSÓB ZAJMUJĄCYCH KIEROWNICZE STANOWISKA W KOMÓRKACH ADMINISTRACYJNYCH SZPITALA (Działu Żywnienia, Działu Eksploatacji, Działu Zaopatrzenia i Transportu, Działu Aparatury Medycznej, Sekcji Informatyki, Działu Księgowości, Działu Analiz Ekonomicznych i Wyceny Procedur Medycznych, Działu Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, Działu Kadrowo – Płacowego, Sekcji Zamówień Publicznych)

1.1 OBOWIĄZKI

1. Pracownik zajmujący kierownicze stanowisko zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórki organizacyjnej, którą kieruje.
2. W szczególności do obowiązków zalicza się:
 - a) kierowanie pracą podległych komórek organizacyjnych,
 - b) rozdział zadań do wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą wykonawców,

- c) zwiększenie efektywności i skuteczności działania podległych komórek organizacyjnych,
- d) nadzór służbowy nad wykonywanymi zadaniami,
- e) nadzór nad warunkami pracy pracowników,
- f) ocenianie pracowników,
- g) nadzorowanie przestrzegania prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych przez podległych pracowników,
- h) adaptacja nowo przyjętych do pracy pracowników, w tym wprowadzanie w specyfikę przydzielonych zadań, udzielanie wyjaśnień dotyczących ich nowych obowiązków, uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności,
- i) nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących instrukcji i regulaminów,
- j) Wykonywanie innych zadań zleconych przez bezpośredniego przełożonego.

1.2. UPRAWNIENIA:

Do uprawnień pracownika zajmującego kierownicze stanowisko należy:

1. Wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
2. Autonomiczne decydowanie o:
 - a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym,
 - b) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
 - c) podpisywanie korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
 - d) udzielanie upoważnień do załatwiania określonych spraw podległym pracownikom.

1.3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

1. Odpowiedzialność pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w Szpitalu jest tożsama z nałożonymi obowiązkami na poszczególnych kierowników, wynikającymi z zadań statutowych, wytyczonych celów oraz sytuacji finansowej Szpitala.
2. Od postawy, efektywności i skuteczności działania osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu zależy zarówno zdolność sprostania nałożonym na Szpital zadaniom, kondycja finansowa, bezpieczeństwo ludzi i mienia oraz wizerunek w społeczeństwie.
3. Niezależnie od w/w założeń odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu można podsumować jako odpowiedzialność za:
 - a) działalność nadzorowanych komórek organizacyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródła finansowania działalności Szpitala,
 - c) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych, w tym zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi,
 - d) efektywne wykorzystanie czasu pracy przez podległych pracowników oraz terminowe, zgodne z przepisami Kodeksu Pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,
 - e) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji.

§ 34

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Do zadań Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością należy:

1. Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad wszelkimi działaniami związanymi z wprowadzaniem, funkcjonowaniem i utrzymaniem systemów jakości funkcjonujących w Szpitalu.

2. Opracowanie rocznego planu audytów wewnętrznych w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala.
3. Sporządzanie sprawozdań z przeprowadzonych audytów wewnętrznych.
4. Podejmowanie działań prowadzących do integracji systemów ISO i akredytacji w placówce, oraz wprowadzania innych systemów.
5. Nadzorowanie prowadzonych rejestrów zgłaszanych wniosków o zmianę dokumentacji systemu, rejestru działań korygujących i zapobiegawczych oraz pozostałej dokumentacji.
6. Koordynowanie działań związanych z zaleceniami zewnętrznymi audytów i wizytacji.
7. Zgłaszanie wniosków, propozycji i projektów z zakresu realizowanych działań.
8. Udział w określaniu polityki jakości zakładu pracy.
9. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi działającymi na rzecz jakości.

§ 35

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW EKONOMICZNYCH I CONTROLLINGU

1. Do obowiązków Pełnomocnika Dyrektora d/s Ekonomicznych i Controllingu należy:
 - a) wykorzystywanie narzędzi zarządczych wynikających z wdrożenia jednolitego standardu kosztów, modułu controllingu w programie finansowo – księgowym oraz informatyzacji placówki, do zarządzania stałym wzrostem efektywności ekonomicznej placówki i poszczególnych działalności,
 - b) dokonywanie analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych dotyczących działalności medycznej szpitala,
 - c) opracowywanie propozycji kluczowych wskaźników efektywności (KPI) dla jednostek organizacyjnych oraz analiza okresowa ich wykonania,
 - d) opiniowanie wyceny procedur medycznych i jej aktualizacji,
 - e) opracowywanie projektów zmian struktury organizacyjnej,
 - f) analizowanie planów i efektów działalności komercyjnej szpitala,
 - g) opracowywanie planów naprawczych lub planów restrukturyzacyjnych w ścisłej współpracy z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Rozwoju Lecznictwa oraz Kierownikiem Działu Analiz Ekonomicznych i Wyceny Procedur Medycznych, Kierownikiem Działu Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych
 - h) opiniowanie umów dotyczących: świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Szpitalu, zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną i innych działań dotyczących zakupów z zakresu działalności podstawowej,
 - i) bieżąca współpraca z Głównym Księgowym, Działem Księgowości celem efektywnego wykorzystania środków finansowych,
 - j) bieżąca współpraca z Kierownikiem Działu Analiz Ekonomicznych i Wyceny Procedur Medycznych, Kierownikiem Działu Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych w zakresie wyceny procedur medycznych oraz wyznaczania kluczowych wskaźników efektywności (KPI),
 - k) bieżąca współpraca z Dyrektorem ds. Administracyjno – Technicznych w zakresie wdrażania i koordynowania działań w ramach procesu informatyzacji udzielania świadczeń medycznych,
 - l) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami np. NFZ, Samorządu Województwa Mazowieckiego,
 - m) wykonywanie innych zadań zleczanych przez Dyrektora Szpitala.
2. Z tytułu nałożonych obowiązków, Pełnomocnik Dyrektora d/s Ekonomicznych i Controllingu posiada uprawnienia do wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań.

3. Pełnomocnika Dyrektora d/s Ekonomicznych i Controllingu podczas jego nieobecności zastępuje osoba wskazana przez Dyrektora.

§ 36

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW ROZWOJU LECZNICTWA

1. Do obowiązków Pełnomocnika Dyrektora d/s Rozwoju Lecznictwa należy:
 - A. W zakresie planów rozwojowych działalności medycznej szpitala**
 - a) opracowywanie strategii Szpitala w zależności od zmian sposobu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika i zmieniających się regionalnych potrzeb zdrowotnych,
 - b) przygotowywanie założeń do planów restrukturyzacji medycznej działalności Szpitala w oparciu między innymi o analizę migracji pacjentów leczonych w szpitalu,
 - c) przygotowywanie założeń do planów restrukturyzacji medycznej działalności Szpitala w oparciu między innymi o analizę migracji osób mogących być potencjalnymi pacjentami szpitala, na podstawie regionalnych i ponad regionalnych potrzeb zdrowotnych,
 - d) przygotowywanie założeń do planów restrukturyzacji działalności medycznej Szpitala lub planów naprawczych w przypadku ubiegania się o środki finansowe na przeprowadzenie procesu restrukturyzacji działalności,
 - e) opracowywanie założeń polityki jakości działalności medycznej Szpitala,
 - f) opracowywanie założeń do współpracy z podmiotami leczniczymi regionu Północnego Mazowsza, w zakresie tworzenia ścieżek pacjentów dla określonych problemów zdrowotnych, w celu objęcia opieką koordynowaną w oparciu o wiodącą rolę Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie,
 - B. W zakresie przygotowywania nowych obszarów działalności medycznej szpitala w oparciu o istniejące zasoby**
 - a) analizowanie możliwości poszerzenia zakresu usług medycznych niektórych komórek działalności medycznej szpitala na rzecz innych podmiotów,
 - b) uczestniczenie w podejmowaniu decyzji o wdrożeniu w Szpitalu technologii medycznych (lekowych / nielekowych),
 - C. Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala**
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozwoju Lecznictwa opiniuje umowy dotyczące: świadczeń opieki zdrowotnej realizowane w Szpitalu, zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną i innych działań dotyczących zakupów z zakresu działalności podstawowej.
3. Pełnomocnik Dyrektora d/s Rozwoju Lecznictwa w zakresie monitorowania działalności medycznej Szpitala współpracuje z:
 - a) Zastępcą Dyrektora ds. medycznych w zakresie pracy personelu lekarskiego,
 - b) Zastępcą Dyrektora ds. pielęgniarstwa w zakresie pracy personelu pielęgniarzkiego,
 - c) Pełnomocnikiem Dyrektora ds. ekonomicznych i controllingu, Kierownikiem Działu Analiz Ekonomicznych i Wyceny Procedur Medycznych w zakresie: rozliczeń usług medycznych, analiz ekonomicznych i wyceny procedur medycznych, kosztów i rentowności medycznych komórek organizacyjnych szpitala oraz świadczonych usług oraz analiz porównawczych z danymi NFZ,
 - d) Działem Rozliczeń Usług Medycznych w zakresie rozliczania świadczeń do NFZ i innych płatników, oraz statystyki procedur i produktów rozliczeniowych,
 - e) Pełnomocnikiem ds. Zarządzania Jakością w zakresie kształtowania polityki jakości działalności medycznej Szpitala.

4. Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozwoju Lecznictwa współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Samorządem Województwa Mazowieckiego, organami samorządu lekarskiego.
5. Z tytułu nałożonych obowiązków, Pełnomocnik Dyrektora d/s Rozwoju Lecznictwa posiada uprawnienia do wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań.
6. Pełnomocnika Dyrektora d/s Rozwoju Lecznictwa podczas jego nieobecności zastępuje osoba wskazana przez Dyrektora.

§ 37

PEŁNOMOCNIK DO SPRAW OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy:

1. Zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego.
2. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne.
3. Zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, a w szczególności szacowanie ryzyka.
4. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów.
5. Opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji.
6. Prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych.
7. Prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających.
8. Prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto, obejmujące wyłącznie: a) imię i nazwisko, b) PESEL c) imię ojca, d) datę i miejsce urodzenia e) adres miejsca zamieszkania lub pobytu, f) określenie dokumentu kończącego procedurę, datę jego wydania oraz numer
9. Przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o których mowa w Ustawie, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu.
10. Podejmowanie określonych w przepisach prawa działań w przypadku stwierdzenia naruszenia w jednostce organizacyjnej przepisów o ochronie informacji niejawnych.

§ 38

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Do zadań Inspektora Ochrony Danych Osobowych należy:

1. Monitorowanie przestrzegania ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) oraz innych przepisów o ochronie danych osobowych, w tym:
 - Zbieranie informacji w celu identyfikacji procesów przetwarzania;
 - Analizowanie i sprawdzanie zgodności przetwarzania;
 - Informowanie, doradzanie i rekomendowanie określonych działań.
2. Informowanie Dyrektora podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o spoczywających na nich obowiązkach oraz doradzanie im w tej sprawie.
3. Udzielanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie ich wykonania.

4. Podejmowanie działań w przypadku naruszeń ochrony danych osobowych w Szpitalu, identyfikowanie przyczyn naruszenia i osób odpowiedzialnych oraz przedstawienie wniosków Dyrektorowi.
5. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie bezpieczeństwa danych osobowych, Inspektor Danych Osobowych ma prawo:
 - Instruować osoby, które dopuściły się uchybień, a także wydawać im polecenia mające na celu przywrócenie stanu prawidłowego;
 - Przedstawiać Dyrektorowi propozycje zmian w zakresie stosowanych zabezpieczeń organizacyjnych i technicznych;
 - Przedstawiać Dyrektorowi raporty dotyczące stanu zabezpieczenia danych osobowych w Szpitalu, w tym propozycje poprawiające bezpieczeństwo danych oraz wnioski dotyczące odpowiedzialności osób winnych uchybień.
6. Organizacja szkoleń personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych osobowych.
7. Współpraca z przedstawicielami komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie przetwarzania danych osobowych.
8. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi działającymi w zakresie przetwarzania danych osobowych.

§ 39

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:

1. Sprawowanie wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w Szpitalu.
2. Nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę organizacyjną warunków zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, w tym:
 - 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;
 - Nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
 - Opracowywanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej;
 - Współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
 - Wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;
 - Nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne.

§ 40

AUDYTOR WEWNĘTRZNY

Prawa i obowiązki Audytora Wewnętrznego:

1. Opracowanie w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala rocznego planu audytu.
2. Audytor Wewnętrzny ma zagwarantowane prawo dostępu do wszelkich dokumentów, z zachowaniem przepisów o ochronie informacji niejawnych, do wszystkich pracowników oraz wszelkich innych źródeł informacji potrzebnych do przeprowadzenia audytu wewnętrznego i związanych z funkcjonowaniem Szpitala.
3. Audytor ma zagwarantowane prawo dostępu do pomieszczeń Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego z zachowaniem przepisów o ochronie informacji niejawnych, bhp i przepisów wewnętrznych.
4. Audytor Wewnętrzny ma prawo uzyskiwać od Dyrektora i pracowników Szpitala informacje oraz wyjaśnienia w związku z przeprowadzaniem zadania audytowego.
5. Audytor Wewnętrzny jest uprawniony do przeprowadzenia audytów finansowych, systemowych, zarządzania, gospodarności, wydajności, efektywności, działalności informatycznych i innych.
6. Audytor Wewnętrzny w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala może powołać rzeczoznawcę do udziału w zadaniu audytowym.
7. Audytor Wewnętrzny w zakresie wykonywania swoich zadań współpracuje z audytorami zewnętrznymi, w tym z kontrolerami z NIK.
8. Audytor Wewnętrzny sporządza sprawozdanie z przeprowadzonego audytu wewnętrznego.
9. Wykonywanie innych zadań zleczanych przez Dyrektora Szpitala.

§ 41

SAMODZIELNE STANOWISKA DS. BHP I P.POŻ

Do zadań samodzielnych stanowisk d/s BHP i P/POŻ należy:

1. Przeprowadzanie kontroli z zakresu BHP i p.poż we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,
2. Zgłaszanie Dyrekcji wniosków i postulatów w zakresie BHP i p.poż.,
3. Sprawdzanie zdolności użytkowej oraz dopilnowanie terminowej kontroli i konserwacji urządzeń p.poż. oraz sprzętu pożarowo-ratowniczego i gaśniczego,
4. Współdziałanie w zakresie ochrony p. poż. z właściwymi Komendami Straży Pożarnych,
5. Udział w konferencjach i komisjach dotyczących ochrony p.poż., przestrzegania przepisów i zasad w zakresie BHP.,
6. Prowadzenie dokumentacji związanej z BHP i p.poż.,
7. Prowadzenie działalności uświadamiającej w zakresie BHP i p.poż. wśród pracowników zakładu,
8. Prowadzenie instruktażu wstępnego i szkolenia informacyjnego nowo przyjmowanych pracowników w zakresie BHP i p.poż.,
9. Przeprowadzanie okresowych i doraźnych kontroli stanu bezpieczeństwa z zakresu BHP i p.poż.,
10. Czuwanie nad realizacją zarządzeń pokontrolnych,
11. Udział w ocenie dokumentacji inwestycyjnych oraz odbiorach technicznych nowo budowanych lub przebudowywanych urządzeń mających wpływ na warunki BHP i p.poż.,
12. Udział w opracowywaniu wniosków wynikających z badań przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy i zachorowań na choroby zawodowe oraz kontrola realizacji tych wniosków,
13. Współpraca ze służbą pracowniczą w zakresie:
 - adaptacji nowoprzyjętych pracowników,
 - kontroli poszczególnych szkoleń stanowiskowych pracowników z dziedziny BHP i p.poż. prowadzonych w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - zatrudniania pracowników z przeciwwskazaniami lekarskimi do niektórych stanowisk pracy,

14. Organizowanie szkolenia zawodowego pracowników w zakresie BHP i p.poż.,
15. Inicjowanie i rozwijanie różnych form popularyzacji zagadnień dotyczących ochrony pracy i bezpieczeństwa pożarowego,
16. Czuwanie nad zapewnieniem bezpieczeństwa w zakresie BHP i p.poż. ludzi i mienia,
17. Opiniowanie instrukcji dotyczących BHP i p.poż. na poszczególnych stanowiskach pracy,
18. Informowanie Dyrektora Szpitala o realizacji wniosków stawianych kierownikom poszczególnych komórek,
19. W razie stwierdzonych zagrożeń dla życia lub zdrowia pracowników występowanie do kierowników komórek organizacyjnych i Dyrektora Szpitala z wnioskami o wstrzymanie pracy na danym stanowisku lub zagrożonym odcinku,
20. Występowanie do Dyrektora Szpitala o zastosowanie sankcji w stosunku do osób odpowiedzialnych za: zaniedbania w zakresie bhp, dopuszczenie pracownika do pracy na zagrożonym stanowisku pracy, nie zgłaszanie wypadku przy pracy, nie poddających się okresowym szkoleniom bhp,
21. Wykonywanie innych zadań zleczanych przez Dyrektora Szpitala.

§ 42

SAMODZIELNE STANOWISKO DO SPRAW OBRONNOŚCI

Do zadań samodzielnego stanowiska ds. obronności należy:

1. Tworzenie i uaktualnianie planów obrony i działań kryzysowych.
2. Organizowanie „Stałych Dyżurów” w przypadkach kryzysowych.
3. Szkolenie załogi w zakresie przestrzegania ustawy o ochronie danych osobowych, oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych.
4. Szkolenie pracowników szpitala w zakresie zadań wynikających z Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie warunków i przygotowania służby zdrowia na potrzeby obronne państwa:
 - Szpital poszerzony;
 - Zastępcze Miejsca Szpitalne.
5. Współdziałanie z Wojskową Komendą Uzupełnień w sprawie reklamowania pracowników Szpitala od obowiązków pełnienia służby wojskowej i przydziałów mobilizacyjnych.
6. Nadzór nad obiegiem dokumentów niejawnych.
7. Kontrola przestrzegania tajemnicy służbowej przez pracowników szpitala.
8. Wykonywanie stosownych sprawozdań.
9. Wykonywanie dopuszczeń do tajemnicy państwowej i służbowej przez Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych.
10. Współdziałanie z ochroną fizyczną Szpitala w doskonaleniu ochrony.

ROZDZIAŁ VII

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 43

1. W Szpitalu utworzono 3 zakłady lecznicze, w których skład wchodzi: oddziały, poradnie, zakłady i pracownie medyczne.
2. W Szpitalu funkcjonują również inne komórki organizacyjne w tym działalności administracyjnej, których strukturę organizacyjną przedstawia Załącznik Nr 4 do niniejszego Regulaminu.

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGLYCH BEZPOŚREDNIO DYREKTOROWI

§ 44

SEKRETARIAT Z KANCELARIĄ

Do zadań Sekretariatu z Kancelarią należy:

1. Przygotowanie korespondencji przychodzącej do Dyrektora, Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych, Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz przekazywanie korespondencji po dekretacji w/w do Kancelarii.
2. Przygotowanie korespondencji wychodzącej od Dyrektora, Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych i przekazanie zakopertowanej bądź nie do kancelarii celem jej wysłania lub przekazania wewnętrznie.
3. Przygotowanie do wysyłki lub przekazania wewnętrznego zredagowanej korespondencji Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych, Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i dostarczenie jej do Kancelarii.
4. Prowadzenie terminarza organizowanych w Dyrekcji spotkań, narad, przyjęć interesantów oraz wyjazdów służbowych i spotkań poza Szpitalem.
5. Czuwanie nad terminowością pism przychodzących, w których został określony termin udzielenia odpowiedzi.
6. Udzielanie informacji telefonicznej interesantom.
7. Obsługa interesantów/pacjentów zgłaszających się w różnych sprawach do Dyrekcji.
8. Obsługa komputera, telefonów, telefaksu.
9. Prowadzenie rejestrów: zgonów, faksów przychodzących i wychodzących, stosowania przymusu bezpośredniego i przyjęć bez zgody pacjenta, odwiedzających firm farmaceutycznych.
10. Przyjmowanie korespondencji dowieszonej z Poczty Polskiej Urząd w Ciechanowie przez pracownika Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, dostarczonej przez listonosza lub kurierów bądź bezpośrednio od indywidualnych nadawców i pracowników Szpitala.
11. Otwieranie i sprawdzanie korespondencji przez pracownika Kancelarii wyodrębniając spośród nich pisma: imiennie adresowanej do odbiorców, tajne, poufne, oferty przetargowe.
12. Prowadzenie dziennika korespondencyjnego oraz rejestrowanie pism przychodzących i wychodzących.
13. Przedkładanie korespondencji do Sekretariatu celem zapoznania się przez Dyrektora i Zastępców oraz poczynienia odpowiedniej dekretacji.
14. Rozdzielanie korespondencji zgodnie z dekretacją poczynioną przez Dyrektora i Zastępców na wskazane w dekretacji komórki organizacyjne i przekazanie jej za pokwitowaniem w prowadzonych w tym celu kontrolkach.
15. Przyjmowanie wszelkiego rodzaju korespondencji, przesyłek, paczek oraz przekazywanie ich za pokwitowaniem do konkretnego adresata, działu, sekcji, oddziału, zakładu diagnostycznego itp.)
16. Wysyłanie korespondencji:
 - właściwe przygotowanie korespondencji do wysyłki poprzez segregację na listy zwykłe, polecone, priorytet, za potwierdzeniem odbioru itp. oraz naniesienie obowiązującego w wyniku umowy z Poczta Polska stempla na stronie adresowej przesyłki w miejscu przeznaczonym na znak opłaty;
 - prowadzenie kontrolki listów zwykłych i poleconych oraz paczek.
17. Prowadzenie kontrolki pism terminowych oraz czuwanie nad realizacją terminów.

DZIAŁ ORGANIZACJI I ROZLICZEŃ USŁUG MEDYCZNYCH

Do zadań Działu Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych należy w szczególności:

1. Przygotowywanie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Szpital do umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Obsługa systemu informatycznego AMMS w tym monitoring wprowadzonych danych niezbędnych do rozliczeń z NFZ.
3. Obsługa Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji.
4. Prowadzenie rozliczeń za świadczenia zrealizowane w ramach umów zawartych z NFZ.
5. Opracowywanie miesięcznych sprawozdań z realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
6. Prowadzenie sprawozdawczości w zakresie danych dotyczących leczenia ambulatoryjnego specjalistycznego i stacjonarnego Szpitala.
7. Przygotowywanie raportów i zestawień dotyczących ilości zrealizowanych i zleczanych świadczeń medycznych przez poszczególne instytucje i osoby oraz ich sprawdzanie pod względem merytorycznym.
8. Zbieranie, analizowanie i weryfikowanie materiałów sprawozdawczo – statystycznych oraz sporządzanie sprawozdań zbiorczych w zakresie uregulowanym przez Główny Urząd Statystyczny, Ministerstwo Zdrowia oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
9. Opracowywanie wskaźników statystycznych i przekazywanie ich do odpowiednich komórek organizacyjnych.
10. Drukowanie i wydawanie lekarzom zatrudnionym w Szpitalu bloczków recept oraz recept na środki odurzające i substancje psychotropowe (druki ścisłego zarachowania).
11. Prace związane z opracowywaniem i zmianami w Statucie Szpitala.
12. Prace związane z opracowywaniem i zmianami w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.
13. Prowadzenie Rejestru Zarządzeń Dyrektora.
14. Obsługa posiedzeń rady społecznej, odpraw dyrekcyjnych i innych zwoływanych przez Dyрекcję Szpitala.
15. Przygotowywanie umów zawieranych przez Szpital na udzielanie świadczeń zdrowotnych (badania pracownicze, badania diagnostyczne) dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz zakładów pracy.
16. Przygotowywanie materiałów niezbędnych do ogłoszenia i przeprowadzenia konkursów ofert na świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w Szpitalu.
17. Obsługa merytoryczna pracowników zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.
18. Sprawdzanie pod względem merytorycznym Zarządzeń przygotowywanych przez poszczególne jednostki i komórki organizacyjne Szpitala oraz prowadzenie rejestru wszystkich Zarządzeń Dyrektora Szpitala.
19. Przygotowywanie raportów i zestawień dotyczących ilości zrealizowanych i zleconych świadczeń medycznych przez poszczególne instytucje i osoby.
20. Wypisywanie zaświadczeń o pobycie chorego w szpitalu (dotyczy również dokumentacji archiwalnej).
21. Prowadzenie archiwum medycznego dla potrzeb oddziałów szpitalnych oraz innych komórek organizacyjnych (medycznych) Szpitala.
22. Wstępna kontrola dokumentacji medycznej wpływającej do archiwum medycznego.
23. Udostępnianie archiwalnej dokumentacji medycznej uprawnionym osobom, jednostkom oraz organom i instytucjom w związku z prowadzonym postępowaniem lub w celu wykonania analiz.
24. Wykonywanie kserokopii dokumentacji medycznej (lecnictwa stacjonarnego i leczenia ambulatoryjnego) oraz innej dokumentacji dla potrzeb uprawnionych na mocy przepisów prawa, organów i instytucji.

25. Prowadzenie archiwum zakładowego.

§ 46

DZIAŁ KADROWO- PŁACOWY

Do zadań Działu Kadrowo - Płacowego należy:

1. Prowadzenie dokumentacji związanej z zatrudnianiem, trwaniem stosunku pracy, rozwiązywaniem umów o pracę.
2. Prowadzenie rejestru osób zatrudnionych.
3. Comiesięczne sporządzanie meldunków o stanie zatrudnienia.
4. Prowadzenie dokumentacji związanej z zawieraniem umów o dzieło, umów zlecenie.
5. Prowadzenie bieżące akt osobowych dla każdego pracownika.
6. Prowadzenie ewidencji czasu pracy dla każdego pracownika.
7. Weryfikowanie sporządzonych przez kierowników komórek organizacyjnych szpitala wykazów nocy i świąt przed przekazaniem ich do sekcji zajmującej się naliczaniem wynagrodzenia.
8. Obsługa informatycznego programu Płatnik po stronie zgłoszeniowej.
9. Wprowadzanie na bieżąco do informatycznego systemu danych kadrowych.
10. Kontrola dyscypliny i porządku pracy.
11. Opracowywanie wewnątrzzakładowych aktów prawnych, regulaminu pracy, regulaminu wynagradzania, regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
12. Prowadzenie dokumentacji w sprawie udzielania pożyczek ze środków ZFŚS Funduszu Mieszkaniowego.
13. Prowadzenie dokumentacji w sprawie wypłaty świadczeń z tytułu zorganizowania przez pracownika lub rencistę lub emeryta wypoczynku we własnym zakresie.
14. Prowadzenie dokumentacji z posiedzeń z zakładowymi związkami zawodowymi w sprawie rozpatrywania i przydziału środków z ZFŚS.
15. Prowadzenie spraw związanych z realizacją zapisów zawartych w Regulaminie ZFŚS.
16. Wydawanie legitymacji, zaświadczeń o zatrudnieniu.
17. Współpraca z innymi komórkami szpitala w celu właściwej realizacji powierzonych zadań.
18. Prowadzenie dokumentacji związanej z umowami zawartymi w celu odbywania stażu, w tym stażu lekarskiego, stażu pielęgniarskiego, rezydentury, z organami nadrzędnymi oraz innymi instytucjami.
19. Sporządzanie comiesięcznej deklaracji PFRON i przekazywanie jej w formie elektronicznej do PFRON.
20. Prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją zadań w zakresie Polityki Jakości, w obowiązującym w zakładzie, Systemie Zarządzania Jakością.
21. Prowadzenie dokumentacji związanej ze szkoleniem pracowników.
22. Sporządzanie dokumentów umów tzw. szkoleniowych, z pracownikami, którzy uzyskali zgodę Dyrektora na doksztalcanie.
23. Prowadzenie rejestru udzielonych urlopów szkoleniowych.
24. Wystawianie druków delegacji, prowadzenie rejestru delegacji.
25. Archiwizowanie dokumentacji.
26. Naliczanie pracownikom należnych wynagrodzeń i innych świadczeń pracowniczych na podstawie

dokumentacji wynikającej ze stosunku pracy oraz stosunku cywilnoprawnego dla pracowników Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

27. Sporządzanie list wynagrodzeń do wypłaty.
28. Sporządzanie listy płacy zasiłków z Ubezpieczenia Społecznego (zasiłki chorobowe, macierzyńskie, opiekuńcze, rodzinne itp.).
29. Przekazanie do Głównego Księgowego list wynagrodzeń na 2 dni przed terminem wypłaty celem weryfikacji i akceptacji przez Dyrektora, Głównego Księgowego i Kierownika Działu Kadrowo - Płacowego.
30. Prowadzenie kart wynagrodzeń dla każdego pracownika w oparciu o dokumentację źródłową.
31. Sporządzanie rocznych informacji o wynagrodzeniach i potrąconych zaliczkach na podatek i przekazywanie ich dla pracowników i Urzędu Skarbowego w wymaganym terminie.
32. Sporządzanie zestawień zbiorczych do przelewów i pisanie przelewów dotyczących funduszu wynagrodzeń, funduszu ZUS oraz do Urzędu Skarbowego.
33. Dokonywanie poleceń przelewu wynagrodzeń wg sporządzonych list wynagrodzeń na odpowiednie konta pracowników lub przygotowanie list do wypłaty w kasie Szpitala dla osób nie posiadających kont bankowych.
34. Sporządzanie sprawozdań i informacji statystycznych z zatrudnienia i wypłaconych wynagrodzeń.
35. Sporządzanie w wymaganym terminie miesięcznych deklaracji, przelewów, zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych.
36. Sporządzanie sprawozdań statystycznych do GUS zgodnie z obowiązującymi przepisami.
37. Sporządzanie miesięcznych deklaracji ZUS dla wszystkich pracowników Szpitala.

§ 47

DZIAŁ ANALIZ EKONOMICZNYCH I WYCENY PROCEDUR MEDYCZNYCH

Do zadań Działu Analiz Ekonomicznych i Wyceny Procedur Medycznych należy dokonywanie analiz finansowo-księgowych bieżących, okresowych i rocznych z realizacji przyjętych zadań planowych ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się przychodów i kosztów w miejscu ich powstawania oraz formułowanie wniosków wynikających z tych analiz a w szczególności:

1. wycena procedur medycznych
2. analiza przychodów i kosztów własnych;
3. analiza wyników finansowych działalności;
4. ścisła współpraca z Działem Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych;
5. współpraca z Działem Księgowości w zakresie pozyskiwania kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych;
6. dodatkowe analizy zlecone przez dyrekcję.

§ 48

SEKCJA ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Do zadań Sekcji Zamówień Publicznych należy:

1. Prowadzenie rejestru udzielanych zamówień publicznych (z wyłączeniem zamówień, które finansowane są ze środków budżetu województwa oraz funduszy strukturalnych) obowiązującego w tym zakresie jednolitego wykazu spraw.

2. Prowadzenie dokumentacji postępowania o zamówienie publiczne, począwszy od momentu wystąpienia komórki organizacyjnej z wnioskiem o uruchomienie postępowania do momentu zakończenia, czyli zawarcia umowy lub unieważnienia postępowania.
3. Przekazywanie ogłoszeń o wszczęciu postępowań o zamówienia publiczne, zależnie od wartości zamówienia, do publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, w Biuletynie Zamówień Publicznych i na stronie internetowej Zamawiającego.
4. Współtworzenie specyfikacji istotnych warunków zamówienia dla danego postępowania, w okresie pomiędzy dniem ogłoszenia a terminem składania ofert.
5. Przyjmowanie ofert z kancelarii, zabezpieczając ich przechowywanie do czasu archiwizacji.
6. Prawidłowe prowadzenie dokumentacji postępowań publicznych.
7. Udzielanie porad komórkom organizacyjnym w wyniku przeprowadzonego postępowania o zamówienie publiczne.
8. Zwracanie się o opinię do Radców Prawnych w razie wystąpienia wątpliwości natury prawnej w prowadzonych postępowaniach o zamówienie publiczne.
9. Informowanie wykonawców o rozstrzygnięciach postępowań o zamówienie publiczne oraz przekazywanie ogłoszeń o zawarciu umów, zależnie od wielkości zamówienia do Biuletynu Zamówień Publicznych lub Urzędu Oficjalnych Wspólnot Europejskich.
10. Prowadzenie statystyki udzielonych zamówień publicznych w celu przygotowania stosownych sprawozdań.
11. Przygotowywanie wystąpień do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych w sprawach, w których wymagane jest uzyskanie stosownych decyzji Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych.
12. Postępowanie z umowami zgodnie z instrukcją „Sporządzanie umów i prowadzenie Centralnego Rejestru Umów”.
13. Archiwizacja dokumentacji udzielonych zamówień publicznych przez okres zgodny z ustawą o zamówieniach publicznych, nie krócej niż zawarte w umowach okresy gwarancji lub rękojmi.

§ 49

RADCY PRAWNI

1. Zespół Radców Prawnych wykonuje zadania w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych.
2. Do zadań Zespołu Radców Prawnych należy:
 - a) Załatwianie wszystkich spraw wymagających opinii prawnej.
 - b) Opiniowanie umów, regulaminów, instrukcji i zarządzeń oraz innych wewnętrznych aktów normatywnych.
 - c) Udzielanie porad prawnych komórkom organizacyjnym Szpitala.
 - d) Wykonywanie czynności o charakterze konsultacyjnym, opiniodawczym i doradczym bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
 - e) Występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed organem orzekającym.
 - f) Wykonywanie innych zadań zleczanych przez Dyrektora Szpitala.

§ 50

BIBLIOTEKA

Do zadań Biblioteki należy:

1. Gromadzenie materiałów bibliotecznych.
2. Opracowywanie zbiorów zgodnie z obowiązującymi przepisami bibliotecznymi.

3. Udostępnianie materiałów bibliotecznych.
4. Prowadzenie wypożyczeń międzybibliotecznych z bibliotekami medycznymi w Polsce (z Główną Biblioteką Lekarską w Warszawie, z Biblioteką Główną Akademii Medycznej w Warszawie, z Biblioteką KUL w Lublinie i innymi).
5. Tworzenie punktów bibliotecznych dla pacjentów w oddziałach: zakaźnym, pulmonologicznym, dermatologicznym, psychiatrycznym i innych (w zależności od potrzeb).
6. Nadzór nad sprzętem dydaktycznym służącym do szkoleń i zebrań.
7. Zakup książek medycznych i beletrystycznych, ze szczególnym uwzględnieniem literatury dziecięcej.
8. Sprowadzanie książek na życzenie czytelnika wg wykazów katalogowych.
9. Wycena książek i ustalanie marży.
10. Sporządzanie raportów fiskalnych dziennych i miesięcznych.
11. Codzienne wpłaty do Kasy Głównej Szpitala.
12. Miesięczne sporządzanie wykazów książek sprzedanych (oryginał przekazywany do Działu Księgowości).

§ 51

SEKCJA EPIDEMIOLOGII

Do zadań Sekcji Epidemiologii należy:

1. Opracowywanie programów z zakresu profilaktyki epidemiologicznej i zwalczania zakażeń szpitalnych.
2. Opracowywanie materiałów dydaktycznych dla potrzeb personelu /przekaz materiałów, ocen, opracowań itp.
3. Współuczestniczenie w wypracowywaniu standardów: organizacyjnych, metod i technik pracy personelu, systemy transportu wewnętrznego, systemu dezynfekcji i sterylizacji, postępowania z odpadami szpitalnymi, zasad postępowania itp.
4. Określanie czynników ryzyka zakażeń szpitalnych wraz z metodami ich ograniczania oraz eliminowania.
5. Prowadzenie analizy źródeł i zagrożeń epidemiologicznych.
6. Prowadzenie analizy przypadków zakażeń szpitalnych/wizytacje, przegląd dokumentacji/.
7. Prowadzenie zestawienia, oceny stanu higieny i epidemiologii szpitala /okresowe/ dla potrzeb Dyrekcji Szpitala, Inspekcji Sanitarnej.
8. Nadzorowanie rejestru zakażeń szpitalnych.
9. Uczestniczenie w pracach Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Zakładowych.
10. Współpraca z Dyrekcją Szpitala, kierowniczą kadrą działów, oddziałów i komórek organizacyjnych szpitala w zakresie zadań szeroko pojętej profilaktyki epidemiologicznej.
11. Współuczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem/ przypadki zakażeń, izolacja, postępowanie/.
12. Prowadzenie szkolenia, poradnictwo dla personelu.
13. Prowadzenie kontroli, wizytacji w ramach nadzoru epidemiologicznego.
14. Uczestniczenie w realizacji strategii rozwoju szpitala - zgodnie z zadaniami statutowymi szpitala.
15. Nadzorowanie i wpływanie na stan higieny i epidemiologii szpitalnej/ czystość, odpady medyczne, obieg pościeli szpitalnej, system dezynfekcji szpitalnej, przestrzeganie procedur epidemiologicznych itp/.
16. Monitorowanie wszelkich działań zgodnie z zakresem obowiązków.

**ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGŁYCH
BEZPOŚREDNIO ZASTĘPCY DYREKTORA D/S ADMINISTRACYJNO – TECHNICZNYCH**

§ 52

DZIAŁ ZAOPATRZENIA I TRANSPORTU

Do zadań Działu należy:

1. Nadzór nad zaopatrzeniem Szpitala w sprzęt i materiały niezbędne do zapewnienia jego prawidłowego funkcjonowania.
2. Nadzór nad prowadzeniem zaopatrzenia Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i w zgodności z ustawą o zamówieniach publicznych.
3. Nadzór nad magazynem: medycznym, gospodarczym, technicznym, druków medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami i obiegiem dokumentów źródłowych.
4. Współpraca z Działem Księgowości w zakresie wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na wykonanie zadań Szpitala.
5. Nadzór nad zabezpieczeniem potrzeb transportowych dla komórek organizacyjnych szpitala.
6. Nadzór nad organizacją pracy kierowników.
7. Nadzór nad utrzymywaniem w sprawności taboru samochodowego.
8. Nadzór nad prowadzeniem pełnej dokumentacji dotyczącej eksploatacji samochodów będących na wyposażeniu Szpitala.
9. Nadzór nad rozliczaniem zużycia paliw płynnych i olejów.
10. Archiwizowanie i prowadzenie dokumentacji i korespondencji przychodzącej i wychodzącej dotyczącej zakresu działania Działu.

§ 53

DZIAŁ EKSPLOATACJI

Do podstawowych zadań Działu należy:

1. Nadzór nad funkcjonowaniem Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie w zakresie zabezpieczenia działania instalacji elektrycznej, wodno-kanalizacyjnej i deszczowej, energetycznej, wentylacji, klimatyzacji, gazów medycznych, sprężonego powietrza technicznego, maszyn i urządzeń elektromechanicznych, mechanicznych, urządzeń kuchni i centralnej Sterylizatorni oraz prowadzenie właściwej gospodarki inwestycyjnej i remontowej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.
2. Nadzór techniczny nad sprawną i ciągłą pracą:
 - urządzeń elektrycznych i urządzeń ciśnieniowych,
 - instalacji elektrycznych zewnętrznych i wewnętrznych (rozdzielni średniego i niskiego napięcia), instalacji i urządzeń stacji transformatorowych, UPS, itp.,
 - instalacji sanitarnych, centralnego ogrzewania, urządzeń wytwarzania pary technologicznej, ciepłej wody,
 - instalacji gazów medycznych i technicznych,
 - instalacji wodno – kanalizacyjnej i deszczowej,
 - instalacji wentylacji, klimatyzacji.

3. Opracowanie harmonogramów przeglądów budynków, budowli, urządzeń i instalacji wg właściwości działu.
4. Obsługa dyspozytora technicznego połączeń telefonicznych przychodzących w godzinach 19:00 – 7:00.
5. Prowadzenie konserwacji, napraw, remontów, instalacji, maszyn, urządzeń, sprzętu technicznego itp.
6. Nadzór nad prowadzeniem konserwacji, napraw gwarancyjnych i pogwarancyjnych przez firmy zewnętrzne.
7. Nadzór techniczny nad ciągłą i sprawną pracą: stacji uzdatniania wody technologicznej i pitnej, kuchni, kotłowni.
8. Nadzór nad prowadzeniem odbiorów technicznych remontowanych obiektów, instalacji, maszyn i sprzętu technicznego.
9. Nadzór i koordynacja prac: portierów, pracowników gospodarczych, tleniarzy, warsztatów.
10. Nadzór nad przygotowaniem urządzeń i zbiorników ciśnieniowych do wymaganych badań dozorowych.
11. Nadzór nad prawidłowym zapewnieniem utrzymania obiektów budowlanych Szpitala zgodnie z prawem budowlanym i innymi przepisami obowiązującymi w zakresie eksploatacji obiektów.
12. Prowadzenie ksiąg obiektów.
13. Prowadzenie modułu „Zarządzanie majątkiem firmy”.
14. Opracowywanie harmonogramów przeglądów urządzeń i instalacji wg. właściwości Działu.
15. Realizacja zadań związanych z ubezpieczeniem Szpitala w zakresie właściwości Działu
16. Prowadzenie sprawozdawczości w zakresie danych dotyczących realizowanych zadań z wyłączeniem sprawozdawczości finansowej.
17. Sporządzanie planów do celów Zamówień Publicznych.
18. Prowadzenie i aktualizacja dokumentacji systemu zarządzania jakością wynikających z właściwości Działu.
19. Sporządzanie archiwizacji dokumentacji Działu.
20. Inicjowanie i wprowadzanie ulepszeń mających na celu przedłużenie eksploatacji aparatury i urządzeń technicznych będących na wyposażeniu Szpitala.
21. Nadzór nad utrzymaniem sprawności technicznej instalacji odgromowej Szpitala.
22. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie w zakresie wynikającym z obowiązków Działu.
23. Nadzór nad dokumentacją zaleceń pokontrolnych kierowanych przez Inspektora Sanitarnego oraz monitorowanie realizacji uwag i zaleceń pokontrolnych inspekcji sanitarnej w zakresie działalności działu.
24. Zapewnienie bezpieczeństwa podczas startu i lądowań śmigłowców Lotniczego Ratownictwa Medycznego.
25. Realizacja polityki celów jakościowych oraz dokumentowanie danych o systemie zarządzania jakością powstających w dziale.
26. Administrowanie obiektami Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie:
 - prowadzenie dokumentacji i umów najmu, dzierżawy, administrowania, usług oraz dostawę mediów,
 - obciążanie najemców za zużyte media,
 - sprawdzanie pod względem merytorycznym oraz pod względem zużytych mediów faktur księgowych wpływających do działu,

- prowadzenie i aktualizacja ewidencji powierzchni użytkowej Szpitala celem rozliczania kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych dla potrzeb Działu Księgowości,
- organizowanie przetargów ofertowych na najem, dzierżawę oraz sprzedaż sprzętu.

27. Utrzymanie stałego porządku wokół obiektów Szpitala:

- konserwacja terenów zielonych wokół obiektów szpitalnych,
- utrzymanie prawidłowego stanu technicznego dróg i chodników.

28. Prawidłowa gospodarka odpadami szpitalnymi surowcami wtórnymi:

- odbiór i segregacja odpadów,
- prowadzenie ewidencji odpadów szpitalnych i zewnętrznych zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
- stała współpraca z zakładami utylizującymi odpady,
- współpraca z jednostkami samorządowymi w zakresie ochrony środowiska,
- udzielanie instruktażu komórkom organizacyjnym w zakresie selektywnej zbiórki odpadów,
- odzysk złomu, czyściwa, makulatury i odsprzedaż.

29. Organizacja i nadzór pracy parkingów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie:

- obsługa parkingu płatnego.

30. Przeprowadzanie kasacji składników majątkowych Szpitala zgodnie z zarządzeniem Dyrekcji.

31. Organizowanie handlu płatnego na terenie Szpitala.

32. Realizacja zamówień na wykonanie pieczętek dla potrzeb komórek Szpitala:

- ewidencja aktualnych i kasacja pieczętek zwróconych.

33. Organizacja pracy pracowników szatni głównej.

34. Współuczestnictwo w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych oraz strategii rozwoju dla Szpitala w zakresie inwestycji.

35. Współuczestnictwo wnoszenia wniosków o przydział środków na realizację potrzeb w zakresie inwestycji, remontów i eksploatacji.

36. Przygotowanie materiałów do sporządzania dokumentacji projektowo – kosztorysowej pod zadania realizowane w Szpitalu.

37. Weryfikacja dokumentów pod kątem zastosowanych rozwiązań mających wpływ na istniejącą sytuację w Szpitalu.

38. Opracowywanie planów remontowych.

39. Sporządzanie informacji do Urzędu Marszałkowskiego dotyczących działalności Działu.

40. Sporządzanie raportu do Krajowego Ośrodka Bilansowania i Zarządzania Emisjami dotyczącego wprowadzania do powietrza gazów cieplarnianych i innych substancji.

41. Sporządzanie oświadczeń do Wód Polskich w celu ustalenia wysokości opłaty zmiennej za korzystanie z usług wodnych.

42. Realizowanie obowiązków sprawozdawczych do Głównego Urzędu Statystycznego.
43. Sporządzanie i aktualizowanie ewidencji substancji niebezpiecznych i preparatów niebezpiecznych stosowanych w dziale.
44. Nadzór nad przeprowadzanymi kwalifikacjami składników majątkowych Szpitala zgodnie z Zarządzeniem Dyrekcji.
45. Prowadzenie podręcznego magazynku zwróconych z komórek organizacyjnych sprzętu, urządzeń, mebli i zagospodarowanie ich do innych komórek organizacyjnych.
46. Nadzór nad prawidłową eksploatacją kontenerów i przenośnej toalety socjalnych zlokalizowanych na terenie nieruchomości Szpitala.
47. Nadzór nad wniesionymi roszczeniami za uszkodzenia mienia.
48. Nadzór i koordynacja wydawania identyfikatorów i przydziału szafki szatni pracowniczej.
49. Nadzór i koordynacja wydawania kluczy do drzwi w Budynkach należących do Szpitala przy ul. Powstańców Wielkopolskich.
50. Bieżąca kontrola pracy jednostopniowego absorpcyjnego agregatu wody lodowej zasilanego gorącą wodą wraz z wszystkimi elementami zainstalowanymi w kontenerze zgodnie z harmonogramem prac serwisowych.
51. Bieżąca kontrola pracy wieży chłodniczej zgodnie z harmonogramem prac serwisowych.
52. Bieżąca kontrola pracy klimakonwektorów zainstalowanych w Budynku D Szpitala zgodnie z harmonogramem prac serwisowych.
53. Bieżąca kontrola pracy kotłów gazowych zgodnie z harmonogramem prac serwisowych.
54. Bieżąca kontrola pracy kogeneratora zgodnie z harmonogramem prac serwisowych.
55. Bieżąca kontrola i nadzór nad ilością substancji chemicznych i oraz soli w kontenerze jednostopniowego absorpcyjnego agregatu wody lodowej.
56. Bieżąca kontrola pracy systemu SCADA.

§ 54

SAMODZIELNE STANOWISKA DO SPRAW INWESTYCJI

1. Przygotowywanie dokumentacji planów inwestycyjnych i strategii rozwoju dla Szpitala w zakresie inwestycji.
2. Przygotowanie dokumentacji projektowo-kosztorysowej pod zadania inwestycyjne realizowane w Szpitalu.
3. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem inwestycji.
4. Uczestniczenie w pracach odbiorowych realizowanych inwestycji.
5. Opracowywanie planów inwestycji, remontów bieżących i kapitalnych oraz nadzór nad ich realizacją (opracowanie kosztorysów wewnętrznych, uaktualnienie dokumentacji technicznej szpitala, instalacji, dokumentacji powykonawczej związanej z remontami pomieszczeń szpitalnych).
6. Nadzór nad opracowywaniem i realizacją wniosków dotyczących pozyskiwania środków finansowych z programów Unii Europejskiej.
7. Nadzór nad opracowywaniem i realizacją wniosków finansowanych ze środków budżetu Województwa Mazowieckiego.
8. Inicjowanie wniosków, propozycji i projektów z zakresu realizowanych zadań.
9. Nadzór nad dokumentowaniem danych, raportowaniem i monitoringiem realizowanych projektów, w tym finansowanych ze źródeł zewnętrznych.

10. Koordynowanie prac związanych z promocją realizowanych projektów.

§ 55

DZIAŁ APARATURY MEDYCZNEJ

1. Prowadzenie napraw, konserwacji oraz kontrola pracy urządzeń i aparatury medycznej.
2. Nadzór nad pracami serwisów zewnętrznych, dotyczących napraw, konserwacji oraz okresowych przeglądów aparatury medycznej.
3. Wykonywanie napraw i konserwacji urządzeń łączności radiowej.
4. Nadzór nad prawidłową pracą, naprawami i konserwacją urządzeń dźwigowych.
5. Wykonywanie napraw i konserwacji medycznych wag szpitalnych oraz nadzór nad ich legalizacją.
6. Wykonywanie napraw i konserwacji szpitalnych urządzeń kopiujących.
7. Nadzór nad naprawami, konserwacją, oznakowaniem urządzeń i instalacji sygnalizacji pożarowej.
8. Wykonywanie napraw i konserwacji innych urządzeń elektrotechnicznych.
9. Wykonywanie usług na zlecenie firm zewnętrznych.
10. Prowadzenie dokumentacji technicznej na poszczególne urządzenia.
11. Prowadzenie dokumentacji prowadzonych napraw i konserwacji oraz zużytych materiałów i części.
12. Udzielanie instruktażu z zakresu obsługi i działania urządzeń.
13. Uczestniczenie przy uruchamianiu i montowaniu nowo zakupionej aparatury w ramach pracy Działu oraz przy współpracy serwisów wiodących.
14. Uczestniczenie w szkoleniach tematycznych organizowanych przez serwisy i producentów urządzeń.
15. Wprowadzenie udoskonaleń mających na celu przedłużenie eksploatacji aparatury i urządzeń medycznych.
16. Zaopatrzenie w części zamienne niezbędne do konserwacji i napraw aparatury i sprzętu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
17. Uczestniczenie w pracach komisji kwalifikacyjnej, kasacyjnych i przetargowych.
18. Nadzór nad ubezpieczeniem szpitalnej aparatury medycznej.
19. Prowadzenie napraw komputerów, drukarek i monitorów szpitalnych.
20. Administrowanie Systemu Zarządzania Jakością w zakresie „Aparatura.”
21. Archiwizowanie i prowadzenie dokumentacji i korespondencji przychodzącej i wychodzącej dotyczącej zakresu działania Działu.
22. Realizacja polityki i celów jakościowych oraz dokumentacji danych o systemie zarządzania jakością powstających w Dziale.

§ 56

DZIAŁ ŻYWIENIA

Do zadań Działu Żywienia należy:

1. Realizacja zasad dietytyki i higieny żywienia.
2. Planowanie zaopatrzenia w żywność niezbędną dla pacjentów i klientów szpitala zgodnie z potrzebami prawidłowego żywienia.
3. Organizacja współpracy z dostawcami w sposób umożliwiający prawidłowe zabezpieczenia zaopatrzenia Szpitala w odpowiednie artykuły żywnościowe.
4. Planowanie jadłospisów dla chorych w zakresie wszystkich diet .

5. Przygotowywanie posiłków zgodnie z normami prawidłowego żywienia oraz zamówieniami dietetycznymi składanymi przez oddziały, pobieranie i przechowywanie prób żywnościowych.
6. Sporządzanie posiłków i dystrybucja na oddziały szpitalne.
7. Zbieranie uwag o żywieniu i wykorzystywanie ich przy planowaniu i sporządzaniu żywienia.
8. Kontrola jakości produktów żywnościowych dostarczanych do szpitala.
9. Organizowanie instruktażu pracowników w zakresie technologii sporządzania posiłków, przepisów higieniczno-sanitarnych, przepisów BHP.
10. Szczególne zachowanie reżimu sanitarnego przez personel we wszystkich pomieszczeniach związanych z kuchnią oraz podczas przygotowywania i wydawania posiłków.
11. Prowadzenie stołówki pracowniczej.
12. Prowadzenie cateringu.
13. Prowadzenie kuchенок oddziałowych w oddziałach zlokalizowanych poza budynkiem głównym Szpitala.
14. Udzielanie instruktażu pracownikom szpitala w zakresie prawidłowego żywienia.
15. Uczestniczenie w szkoleniach tematycznych organizowanych przez firmy zewnętrzne.
16. Realizacja zadań wynikających z Systemu Zarządzania Jakością.
17. Archiwizowanie i prowadzenie dokumentacji i korespondencji przychodzącej i wychodzącej dotyczącej zakresu działania działu.

§ 57

Sekcja Informatyki

Do zadań Sekcji Informatyki należy:

1. Naprawa i konserwacja sprzętu komputerowego (nie będącego sprzętem medycznym oraz peryferyjnym), z wyłączeniem sprzętu kopiującego.
2. Administracja systemami informatycznymi (mająca charakter wewnętrzny):
 - a) zarządzanie zasobami:
 - zasobami materialnymi: sprzętem komputerowym użytkowników, serwerowym, sieciowym, archiwizacyjnym, nośnikami danych, przechowywaniem danych systemów, licencjami.
 - zasobami informacyjnymi: prowadzenie internetowych serwisów informacyjnych, tworzenie poradników i instrukcji dla użytkownika, tworzenie instrukcji i procedur systemowych, prowadzenie rejestru uprawnień, rejestru poważnych awarii systemowych i sposobu ich rozwiązywania.
 - b) zarządzanie użytkownikami, oprogramowaniem, sprzętem, siecią, konserwacją systemu oraz realizacja kopii bezpieczeństwa.
 - zarządzanie użytkownikami: przydzielanie określonych praw dostępu do danych dla poszczególnych użytkowników: dostęp do poszczególnych danych systemowych, zbiorów, katalogów, programów (zbierania, utrwalania(edycji), przechowywania, opracowywania, zmieniania, udostępniania, usuwania), ustalenie czasu dostępu do systemów przyłączonych użytkowników,
 - zarządzanie oprogramowaniem: instalacja oprogramowania, aktualizacja i usunięcie oprogramowania.
 - zarządzanie sprzętem: zamówienie nowego sprzętu, monitorowanie sprzętu (przeglądy), rozbudowa i wymiana sprzętu, nadzór nad naprawami, orzecznictwo dotyczące watorów użytkowych.
 - zarządzanie siecią: analiza wymagań stanowisk na dostęp do sieci, konfiguracja urządzeń sieciowych, rekonfiguracja urządzeń sieciowych, aktualizacja sprzętu.

- konserwacja systemu oraz realizacja kopii bezpieczeństwa: przeglądy logów systemowych, zabezpieczenie systemu przed utratą danych, archiwizacja danych w określonych odstępach czasu.

c) realizowanie zadań z zakresu określonego w decyzji Ministra Zdrowia z 12 maja 2022r. o ustanowieniu Szpitala operatorem usług kluczowych:

3. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania poczty pneumatycznej, aparatury i urządzeń medycznych i technicznych w zakresie oprogramowania.
4. Rozwijanie informatyzacji Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.
5. Inicjowanie tworzenia i zakupu oprogramowania, oraz zakupu sprzętu komputerowego zgodnie z istniejącymi potrzebami.

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ PODLEGLYCH Z-CY DYREKTORA D/S MEDYCZNYCH

§ 58

Szczegółową organizację i zadania poszczególnych oddziałów funkcjonujących w strukturze organizacyjnej zakładów leczniczych Szpitala przedstawiają „Regulaminy Oddziałów i podległych Koordynatorom, Poradni Specjalistycznych” oraz „Regulaminy Zakładów Diagnostycznych” i innych komórek organizacyjnych działalności medycznej zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala i wprowadzonych Zarządzeniem.

§ 59

Oddziały Szpitalne

1. Oddział jest jedną z podstawowych komórek działalności medycznej zakładu leczniczego: Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie.
2. Oddział zapewnia stacjonarną opiekę zdrowotną w reprezentowanej specjalności dla pacjentów objętych hospitalizacją w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim.
3. Oddziałem kieruje Koordynator Oddziału i odpowiada za jego działalność pod względem leczniczym i organizacyjnym.
4. Praca lekarzy w oddziale w dni robocze rozpoczyna się odprawą lekarską prowadzoną przez Koordynatora Oddziału, z udziałem wszystkich zatrudnionych i szkolących się w Oddziale lekarzy, lekarzy dyżurnych zdających dyżur oraz pielęgniarki oddziałowej, kierownika ds. pielęgniarstwa (położnictwa) .
5. Koordynator Oddziału w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora d/s Medycznych ustala indywidualne rozkłady pracy wszystkich lekarzy zatrudnionych w Oddziale, systematycznie je aktualizując.
6. Obowiązujący w oddziale system pracy personelu określa Regulamin Pracy Szpitala.
7. Szczegółowy rozkład pracy personelu pielęgniarskiego i położniczego Oddziału ustala pielęgniarka oddziałowa/ kierownik ds. pielęgniarstwa (położnictwa) oddziału w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora d/s Pielęgniarstwa przy akceptacji Koordynatora Oddziału.
8. Grafiki dyżurów lekarskich w Oddziale ustala Koordynator Oddziału. Wszelkie zmiany w grafiku dyżurów muszą być zgłoszone przez zainteresowanych i zaakceptowane przez Koordynatora Oddziału.
9. Żywnienie chorych wg zleconych diet zapewnia Dział Żywnienia. Rodzaj diety zlecany jest przez lekarza.
10. Nadzór nad prawidłową realizacją żywienia w Oddziale pełni pielęgniarka oddziałowa.
11. Zaopatrzenie chorych w leki prowadzi pielęgniarka oddziałowa – wg harmonogramu ustalonego przez kierownika apteki szpitalnej.
12. Za całość gospodarki lekami w Oddziale odpowiada Koordynator Oddziału i pielęgniarka oddziałowa.
13. Za zaopatrzenie w narkotyki, gospodarkę narkotykami w Oddziale oraz prawidłowość ich zabezpieczenia odpowiada Koordynator Oddziału, bądź wyznaczony przez niego asystent.

14. Badania diagnostyczne w celu ustalenia rozpoznania oraz leczenia chorego powinny być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta do Oddziału.
15. Wykaz dokumentacji obowiązującej w Oddziale określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 poz. 666).
16. Lekarze Oddziału są zobowiązani prowadzić na bieżąco historie chorób (zarówno w systemie informatycznym jak i na papierze).
17. Historia choroby powinna odzwierciedlać istotny stan chorego oraz przebieg diagnostyki i leczenia w szpitalu. Wszystkie wyniki badań pomocniczych należy wpisywać lub wklejać do historii chorób.
18. Historie chorób należy przechowywać w pokoju lekarskim pod zamknięciem, winny one być dostępne dla lekarzy dyżurnych.
19. W kartach gorączkowych lekarz wpisuje rozpoznanie, grupę krwi chorego, wykonane zabiegi, itp.
20. Zlecenia leczniczo-diagnostyczne lekarz wpisuje do karty zleceń, parafując je swoim podpisem i pieczęcią imienną.
21. Wykonanie zlecenia potwierdza własnoręcznym podpisem osoba realizująca zlecenie tuż po wykonaniu zlecenia (w przypadku lekarza, położnej i pielęgniarki z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu, specjalizacji i nazwy wykonywanego zawodu).
22. Informacji o stanie zdrowia chorego opiekunowi faktycznemu lub przedstawicielowi ustawowemu udziela Koordynator Oddziału lub lekarz prowadzący w godzinach odwiedzin, a po godzinach pracy lekarz dyżurny.
23. Szczegóły dotyczące odwiedzin chorych w szpitalu zawiera Regulamin Odwiedzin Chorych w Szpitalu oraz Karta Praw i Obowiązków Pacjenta.
24. Pracownicy stosują środki ochrony osobistej i odzież ochronną zgodnie z przyjętymi zasadami.
25. Sprzątanie Oddziału odbywa się przez Dział Higieny Szpitalnej.
26. Zmiana bielizny pościelowej dla chorych przebywających w Oddziale odbywa się zależnie od potrzeb.
27. W przypadku zaistnienia w Oddziale zdarzeń nadzwyczajnych decyzję o postępowaniu podejmuje Koordynator Oddziału a pod jego nieobecność lekarz dyżurny Oddziału. O zaistniałej sytuacji niezwłocznie informuje Zastępcę Dyrektora d/s Medycznych.
28. O sytuacji awaryjnej w trakcie pełnienia dyżuru zakładowego lekarz dyżurny Oddziału powiadamia lekarza starszego dyżuru.

§ 60

Poradnie Specjalistyczne

1. Poradnie specjalistyczne wchodzi w skład zakładu leczniczego – Ośrodek Specjalistki Ambulatoryjnej.
2. Do zadań Poradni należy:
 - udzielanie indywidualnych świadczeń podstawowych, konsultacyjnych i leczniczych,
 - udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu,
 - prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do określonych przez nadzór specjalistyczny w danej dziedzinie, jednostek chorobowych,
 - współudział w szkoleniu pracowników medycznych w reprezentowanej specjalności,
 - współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz nadzorem specjalistycznym,
 - opracowywanie i wnioskowanie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w specjalistyczną aparaturę medyczną, leki, materiały i środki pomocnicze oraz przedstawianie do opinii pod względem merytorycznym Koordynatorowi Oddziału.

- prowadzenie wymaganej dokumentacji oraz statystyki i sprawozdawczości.

§ 61

Blok Operacyjny

1. Blok Operacyjny stanowi komórkę organizacyjną zakładu leczniczego o nazwie – Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi 7 sal operacyjnych od 1-7, Sala Nadzoru Poznieczuleniowego (Sala wybudzeń) oraz przynależne pozostałe pomieszczenia.
3. Blokiem Operacyjnym kieruje bezpośrednio Kierownik Bloku Operacyjnego, przy udziale Pielęgniarki Oddziałowej i Pielęgniarki Koordynującej pracę pielęgniarek anesteziologicznych. Jest odpowiedzialny za cały personel, sprzęt i aparaturę medyczną oraz prawidłowe jego funkcjonowanie.
4. Kierownik Bloku Operacyjnego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
5. Kierownik Bloku Operacyjnego organizuje pracę Bloku we współpracy z Koordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Koordynatorami oddziałów zabiegowych.
6. Personel pielęgniarski zatrudniony w Bloku Operacyjnym podlega Pielęgniarce Oddziałowej.
7. Lekarze operujący, lekarze anesteziolodzy wyznaczeni do znieczuleń pacjentów do zabiegów operacyjnych, w czasie pracy w Bloku Operacyjnym podlegają: w sprawach organizacyjnych Kierownikowi Bloku Operacyjnego, a w sprawach merytorycznych nadzorowani są przez odpowiedniego Koordynatora Oddziału.
8. Personel Bloku Operacyjnego podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego z następującymi zastrzeżeniami:

w czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany

- w sprawach dotyczących merytorycznego przeprowadzenia zabiegu – lekarzowi operującemu,
 - w sprawach postępowania anesteziologicznego – lekarzowi anesteziologowi znieczulającemu.
9. Zabiegi operacyjne planowe odbywają się wg ustalonego planu zabiegów operacyjnych, opracowanego przez Kierownika Bloku Operacyjnego.
 10. Koordynator oddziału zabiegowego podaje do planu zabiegów operacyjnych imiona i nazwiska pacjentów przygotowanych do zabiegów operacyjnych, pesel, rozpoznanie wstępne, rodzaj planowego zabiegu operacyjnego, przewidywany czas jego trwania oraz operatora.
 11. Za przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego uważa się: skonsultowanie pacjenta przez anesteziologa, pisemne wyrażenie świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny, wykonanie zleceń po przeprowadzonych konsultacjach lekarskich, skompletowanie historii choroby.
 12. Koordynator oddziału zabiegowego zobowiązany jest złożyć plan zabiegów do głównego planu operacyjnego do godziny 09.00 elektronicznie w systemie informatycznym Moduł Blok Operacyjny.
 13. Koordynator oddziału zabiegowego zobowiązany jest złożyć propozycję zabiegów do godz. 09.00 każdego dnia roboczego.
 14. Kierownik Bloku Operacyjnego na podstawie planów cząstkowych od Koordynatorów oddziałów zabiegowych układa plan zabiegów na dany dzień w porozumieniu z anesteziologiem odpowiedzialnym za organizację znieczuleń w Bloku Operacyjnym, Pielęgniarką Oddziałową i Pielęgniarką Koordynującą pracę pielęgniarek anesteziologicznych.
 15. Kierownik Bloku Operacyjnego ostateczny Plan zabiegów operacyjnych po zatwierdzeniu umieszcza w systemie elektronicznym do godz. 13.00 na każdy dzień roboczy. Wersja papierowa planu operacyjnego na dany dzień znajduje się w centralnym wyznaczonym punkcie. Na bieżąco plan jest aktualizowany o zabiegi rozpoczęte, zakończone, także o zabiegi pilne, przyspieszone i natychmiastowe.

16. Plan zabiegów operacyjnych winien zawierać:
 - imię, nazwisko i wiek chorego,
 - nazwę oddziału, w którym chory przebywa,
 - rozpoznanie choroby,
 - przewidywany rodzaj znieczulenia,
 - przewidywany rodzaj zabiegu,
 - wyznaczoną imiennie obsadę operacyjną i anestezjologiczną,
 - numer sali operacyjnej, w której odbędzie się zabieg operacyjny (w tym salę cięć cesarskich),
17. Koordynatorzy oddziałów zabiegowych mają obowiązek zapoznać się z zatwierdzonym przez Kierownika Bloku Operacyjnego planem operacyjnym w systemie elektronicznym.
18. Koordynator oddziału zabiegowego zapoznaje z planem operacyjnym asystentów i pielęgniarki oddziału zabiegowego.
19. Plany operacyjne są rozpisywane w kolejności wykonywania zabiegów według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki chirurgicznej. Blok Operacyjny zastrzega prawo zmiany kolejności operacji w przypadkach określonych wskazań epidemiologicznych, zasad aseptyki, stanu zdrowia (np. cukrzyca) i wieku (dzieci) oraz pilności. O zmianie kolejności decyduje Kierownik Bloku Operacyjnego.
20. Zabiegi planowe wykonywane są w Bloku Operacyjnym w dni robocze (poniedziałki, wtorki, środy, czwartki, piątki). Pozostałe terminy zabiegów operacyjnych możliwe są po uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych.
21. Pacjenci do pierwszych zabiegów operacyjnych przywożeni są przez personel oddziału macierzystego w godzinach 8:00-8:15
 - a) planowe zabiegi rozpoczynają się o godz. 8:30, a kończą o 15:20. Za punktualne rozpoczęcie zabiegu planowego odpowiedzialny jest przed Kierownikiem Bloku Operacyjnego operator wraz z Koordynatorem oddziału zabiegowego;
 - b) personel pielęgniarski Bloku Operacyjnego pracuje w godzinach 7:45-15:20 oraz w systemie zmianowym w godzinach 19:45 – 7:45; 7:45 – 19:45;
 - c) istnieje możliwość wykonywania komercyjnych zabiegów planowych w godz. 15:30-20:00, po uzgodnieniu z Z-cą Dyrektora ds. Medycznych i Z-cą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa (po zabezpieczeniu dodatkowej obsady pielęgniarskiej bez zakłócenia pracy Bloku operacyjnego będącego nadal w ostrej gotowości dyżurowej).
22. O konieczności wykonania nagłego, nieprzewidzianego zabiegu operacyjnego decyduje właściwy Koordynator oddziału zabiegowego, który fakt ten zgłasza Kierownikowi Bloku Operacyjnego. Kierownik Bloku Operacyjnego modyfikuje na bieżąco plan zabiegów, stwarza warunki do wykonania zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym i przyspieszonym a także odpowiada za przygotowanie sali operacyjnej i wyznaczenie anestezjologa do znieczulenia. Po godzinie 15.35 każdego dnia roboczego oraz w dni wolne i świąteczne, pracę na Bloku Operacyjnym organizuje lekarz dyżurny anestezjolog (łącznie z zabiegami wykonywanymi w znieczuleniu miejscowym).
23. Zapewnienie ciągłości opieki pielęgniarsko – lekarskiej nad pacjentem przyjętym do Bloku Operacyjnego, a także dalsza opieka pooperacyjna wymaga ścisłej współpracy pomiędzy zespołem operującym i znieczulającym.
24. Pacjenci po zabiegach operacyjnych przebywają w Sali Nadzoru Poznieczuleniowego (sali wybudzeń) pod nadzorem lekarzy anestezjologów oraz lekarzy operujących danego oddziału, z którego pacjent był operowany. Czas pobytu w SNP jest od stanu ogólnego pacjenta i decyzji zespołu operacyjnego (operator, anestezjolog). Opiekę pielęgniarską nad pacjentami przebywającymi w Sali Nadzoru Poznieczuleniowego sprawują pielęgniarki anestezjologiczne.
25. Opiekę lekarską na Sali Nadzoru Poznieczuleniowego sprawuje anestezjolog.

26. Blok Operacyjny jest w stanie ciągłej gotowości operacyjnej, aby w razie potrzeby personel i niezbędny sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
27. W stałej gotowości winno być oświetlenie awaryjne, zaopatrzenie w tlen, gazy anestetyczne. Wszelkie stwierdzone nieprawidłowości lub braki winny być natychmiast zgłaszane służbom technicznym i usuwane na bieżąco.
28. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego należy zachować wysoki poziom czystości zgodnie z planem higieny (harmonogram sprzątnia i dezynfekcji, stosowane środki dezynfekcyjne, postępowanie z materiałem potencjalnie zakaźnym, postępowanie ze sprzętem do sprzątnia, stosowanie środków ochrony indywidualnej).
29. Sprzątnie w Bloku Operacyjnym wykonują pracownicy Działu Higieny Szpitalnej na stałe przydzieleni do pracy w Bloku Operacyjnym.
30. Bieżące sprzątnie sal operacyjnych odbywa się każdorazowo po zakończonym zabiegu operacyjnym. Należy zachować 15 minutową przerwę pomiędzy kolejnym zabiegiem operacyjnym na: przygotowanie Sali operacyjnej do kolejnego zabiegu, mycie i dezynfekcję powierzchni podłogi i sprzętu, wyniesienie odpadów medycznych, zadziałanie użytego środka dezynfekcyjnego (względny BHP).
31. Generalne mycie, czyszczenie i dezynfekcja sal operacyjnych po planowych zabiegach operacyjnych przeprowadza się codziennie. Naprawy oraz konserwacje sprzętu medycznego winny odbywać się na bieżąco. Serwisowanie sprzętu medycznego i jego przeglądy powinny odbywać się po wcześniejszym uzgodnieniu Kierownika Działu Aparatury Medycznej z Kierownikiem Bloku Operacyjnego na wniosek za zgodą Dyrekcji Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego.
32. W Bloku Operacyjnym prowadzona jest ocena czystości mikrobiologicznej powietrza, powierzchni sprzętu minimum 1 raz w miesiącu. Okresowe sprawdzanie skuteczności sprzątnia odbywa się przez Dział Epidemiologii. Pobierane są wymazy z rąk personelu okresowo zależnie od potrzeb.
33. Kierownik Bloku Operacyjnego i Pielęgniarka Oddziałowa wraz z Pielęgniarką Koordynującą pracę pielęgniarek anestetycznych ponoszą bezpośrednią odpowiedzialność za przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego w Bloku Operacyjnym.
34. Personel pracujący w Bloku Operacyjnym oraz wszyscy dochodzący lekarze operujący i anestezjolodzy winni posiadać aktualne pracownicze książeczki zdrowia.
35. Za aktualizację pracowniczych książeczek zdrowia odpowiedzialność ponoszą Koordynatorzy macierzystych oddziałów zabiegowych.
36. Na Bloku Operacyjnym przebywają jedynie pracownicy wyznaczeni do zabiegu operacyjnego w danym dniu.
37. Wszyscy pracownicy przebywający w Bloku Operacyjnym zobowiązani są do przestrzegania zasad reżimu sanitarnego w zakresie: ubioru, obuwia, przemieszczania się w Bloku.
38. W Bloku Operacyjnym obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu.
39. Wejście na Blok Operacyjny możliwe jest tylko za pomocą karty magnetycznej, po jej uzyskaniu z Działu Kadr.
40. Personel Bloku Operacyjnego codziennie po wejściu na Blok pobiera za pomocą indywidualnej karty magnetycznej z ubraniomatu komplet operacyjny, zmienia obuwie na obuwie przeznaczone do użytku tylko w obrębie Bloku Operacyjnego i przebrany w służbie porusza się w obejściu Bloku operacyjnego.
41. Wejście na salę operacyjną w obuwiu i ubraniu zewnętrznym jest zabronione i uzasadnione indywidualnym przestrzeganiem i stosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
42. Zabronione jest wychodzenie w ubraniach operacyjnych poza teren Bloku Operacyjnego.
43. Personel pracujący w Bloku Operacyjnym zobowiązany jest do przestrzegania procedur postępowania w tym epidemiologicznych.

44. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego, a zwłaszcza w sali operacyjnej, w czasie trwania zabiegu operacyjnego powinna panować atmosfera dobrej współpracy i pomocy koleżeńskiej z poszanowaniem godności pacjenta i personelu nawzajem.
45. Lekarz operujący jest obowiązany osobiście zbadać pacjenta przed rozpoczęciem operacji i upewnić się czy pacjent bądź jego rodzina lub opiekunowie prawni wyrazili zgodę na zabieg operacyjny, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania takiej zgody.
46. Pacjent przed zabiegiem operacyjnym powinien być poinformowany przez lekarza prowadzącego lub Koordynatora o metodzie i przebiegu operacji.
47. Lekarz anestezjolog wyznaczony do znieczulenia pacjenta winien go zbadać osobiście, a przed rozpoczęciem znieczulenia sprawdzić jego tożsamość i poinformować o metodzie znieczulenia.
48. Lekarz operujący i lekarz anestezjolog przed rozpoczęciem znieczulenia i zabiegu, weryfikują istotne działania służące minimalizacji ryzyka powikłań znieczulenia i zabiegu.
49. Lekarz operator wystawia w systemie informatycznym zlecenie do Bloku Operacyjnego na wykonanie zabiegu operacyjnego.
50. Za dokumentację pacjenta przewiezonego na Blok Operacyjny do chwili powrotu na oddział macierzysty odpowiadają wspólnie lekarz operator i lekarz anestezjolog.
51. Lekarz operator niezwłocznie po zakończeniu zabiegu operacyjnego, na Bloku Operacyjnym dokonuje opisu zabiegu operacyjnego w systemie informatycznym.
52. Lekarz anestezjolog niezwłocznie po zakończeniu zabiegu operacyjnego, na Bloku Operacyjnym potwierdza Kartę Znieczulenia podpisem i pieczęcią.
53. Lekarz operator wystawia w systemie informatycznym zlecenia na niezbędne badania do Zakładu Patomorfologii, Bakteriologii, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i inne konieczne badania. Wydrukowane z systemu informatycznego druki skierowań lekarz operator przekazuje w miejsce przechowywania preparatów niezwłocznie po zakończeniu zabiegu operacyjnego.
54. Księga Bloku Operacyjnych jest tworzona automatycznie w systemie informatycznym, zawiera:
 - nazwisko i imię pacjenta,
 - datę urodzenia,
 - numer operacji,
 - nazwisko i imię operatora, asysty, lekarza anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej, pielęgniarek operacyjnych,
 - nazwę zabiegu operacyjnego i kod ICD 9,
 - datę wykonania zabiegu operacyjnego oraz godzinę rozpoczęcia i zakończenia,
 - tryb zabiegu: planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy.
55. Pacjent przygotowany do zabiegu operacyjnego jest transportowany przez personel macierzystego oddziału i przekazany z Historią Choroby do Bloku Operacyjnego. Ponadto pacjent musi mieć założoną na rękę opaskę identyfikującą.
56. Po zakończeniu zabiegu operacyjnego pacjent przekazany jest przez personel anestezjologiczny do Sali Nadzoru Poznieczuleniowego. Znieczulający lekarz anestezjolog w uzgodnieniu z operującym ustala zlecenia lekarskie pooperacyjne, wpisując je do karty zleceń lekarskich chorego oraz ustala szczegółowe warunki transportu.
57. Monitorowanie pacjenta podczas znieczulenia prowadzi lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną dokonując wpisów w Karcie Znieczulenia.
58. Po zabiegu operacyjnym decyzję o przekazaniu pacjenta do Sali Nadzoru Poznieczuleniowego podejmuje lekarz anestezjolog po dokonaniu oceny stanu pacjenta

59. Pracę pielęgniarek anestezjologicznych w Sali wybudzeniowej nadzoruje Pielęgniarka Koordynująca pracę pielęgniarek anestezjologicznych.
60. Każdorazowy fakt przekazania pacjenta odnotowywany jest przez pielęgniarki anestezjologiczne w systemie informatycznym w zakładce Opieka pooperacyjna i w Karcie obserwacji w Sali Nadzoru Poznieczuleniewego.
61. Decyzję o przekazaniu pacjenta z Sali Nadzoru Poznieczuleniewego do Oddziału Macierzystego podejmuje lekarz anestezjolog odnotowując ten fakt w Formularzu – Skala Aldreta.
62. W razie śmierci pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący niezwłocznie powiadamia Koordynatora Oddziału, Kierownika Bloku Operacyjnego, Z-cę Dyrektora d/s Medycznych lub Lekarza Starszego Dyżuru.
63. W razie śmierci pacjenta w Sali Nadzoru Poznieczuleniewego lekarz anestezjolog niezwłocznie powiadamia Koordynatora Oddziału, Kierownika Bloku Operacyjnego, Z-cę Dyrektora ds. Medycznych lub Lekarza Starszego Dyżuru.
64. Po zakończeniu operacji należy:
 - 1) Uporządkować salę operacyjną:
 - a) stoliki do instrumentowania, osprzęt do stołów operacyjnych – pielęgniarki operacyjne;
 - b) aparat do znieczulenia, stoliki anestezjologiczne – pielęgniarka anestezjologiczna;
 - c) powierzchnie płaskie – podłogi, stelaże z odpadami – salowe, sanitariuszki.
 - 2) Wszelkie uszkodzenia sprzętu należy niezwłocznie zgłosić Pielęgniarcie Oddziałowej Bloku Operacyjnego, Pielęgniarcie Koordynującej pracę pielęgniarek anestezjologicznych.
 - 3) Za przegląd aparatury medycznej odpowiada Dział Aparatury Medycznej. Pielęgniarka anestezjologiczna i lekarz anestezjolog przynależni do poszczególnej sali operacyjnej każdorazowo odpowiedzialni są za przygotowanie aparatu do znieczulenia i sprawdzenie jego gotowości do znieczulenia.
 - 4) Użyte narzędzia po wstępnej dezynfekcji w wózkach przeznaczonych do tego celu, transportowane są do tzw. brudną windą do Centralnej Sterylizatorni.
65. Odpady medyczne w tym zużyta bielizna jednorazowa, zapakowana w worki foliowe o odpowiedniej kolorystyce przenoszone są do punktu odbioru odpadów i odbierane przez wyznaczonego pracownika Szpitala.
66. Sterylne instrumentarium i pakiety z materiałem sterylnym, przechowywane są w magazynie sprzętu jałowego w zamkniętych szafach do tego przeznaczonych oraz na regałach. Po godzinie 15.20 za stan materiału sterylnego i sprzętu znajdującego we wszystkich pomieszczeniach Bloku Operacyjnego odpowiedzialność ponosi dyżurujący personel pielęgniarski.
67. Do zabiegów operacyjnych używane są gotowe jałowe materiały opatrunkowe. Serwety operacyjne posiadają taśmę mocującą i nitkę radiacyjną. Narzędzi i materiału operacyjnego będącego na stanie Bloku operacyjnego, nie wolno wynosić poza obręb Bloku Operacyjnego.
68. W czasie, kiedy sale operacyjne pozostają w gotowości operacyjnej, poszczególne sale powinny być zamknięte. Klucze do wyjść ewakuacyjnych z Bloku Operacyjnego znajdują się w szatni głównej oraz w kasetkach umieszczonych na ścianie przy drzwiach ewakuacyjnych.
69. Za zaopatrzenie w leki anestezjologiczne, środki odurzające odpowiada lekarz dyżurny anestezjolog ze szczególnym uwzględnieniem stanu leków na sobotę i niedzielę (odpowiada lekarz dyżurny z piątku).
70. Za dokumentację Bloku Operacyjnego i prawidłowość jej przechowywania odpowiada Kierownik Bloku Operacyjnego, a po godzinie 15:30 każdego dnia roboczego oraz w dni wolne i świąteczne – lekarz dyżurny anestezjolog.
71. Podczas nieobecności Pielęgniarki Oddziałowej i Pielęgniarki Koordynującej pracę pielęgniarek anestezjologicznych Bloku Operacyjnego obowiązki przejmują wyznaczone pielęgniarki.

72. Personel pracujący w Bloku Operacyjnym zobowiązany jest do przestrzegania i zachowania tajemnicy służbowej.
73. Personel pracujący w Bloku Operacyjnym niezależnie od rodzaju umowy, zobowiązany jest wykonywać pracę starannie i sumiennie, dbać o jego mienie, przestrzegać dyscypliny pracy oraz stosować się do poleceń przełożonych.
74. Personel pracujący w Bloku Operacyjnym zobowiązany jest przestrzegać obowiązującego Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, Regulaminu Pracy i niniejszego Regulaminu, a także przepisów i zasad BHP i p/poż. oraz dokumentów Systemu Zarządzania Jakością.
75. Personel pracujący w Bloku Operacyjnym zobowiązany jest do przestrzegania zasad kodeksów zawodowych, kodeksu lekarskiego, kodeksu pielęgniarskiego, kodeksu pracownika SSzW.
76. W trakcie nieobecności Kierownika Bloku Operacyjnego jego obowiązki pełni osoba przez niego wyznaczona lub przez Z-cę Dyrektora ds. Medycznych.

§ 62

Centrum Gastroenterologii

Do zadań Centrum Gastroenterologicznego jako jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego Ośrodka Specjalistki AmbulATORYJNEJ należy:

1. Udzielanie indywidualnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i konsultacyjnych.
2. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu.
3. Współdziałanie z innymi jednostkami (komórkami) organizacyjnymi Szpitala i nadzorem specjalistycznym.
4. Współudział w szkoleniu pracowników medycznych w reprezentowanej specjalności.
5. Opracowywanie i wnioskowanie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w specjalistyczną aparaturę medyczną, leki, materiały i środki pomocnicze oraz czynny udział w bieżącej realizacji wniosków.
6. Wykonywanie w ramach Pracowni Endoskopowej specjalistycznych badań diagnostycznych.
7. Prowadzenie wymaganej dokumentacji oraz statystyki i sprawozdawczości.

§ 63

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa Opieka Zdrowotna jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego: Ośrodek Specjalistki AmbulATORYJNEJ. Do zadań podstawowej opieki zdrowotnej należy:

1. Zapewnienie kompleksowej, na odpowiednim poziomie podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z kompetencjami lekarza rodzinnego.
2. Udzielanie indywidualnych podstawowych świadczeń zdrowotnych, pacjentom zapisanym do praktyki lekarza rodzinnego.
3. Prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do określonych jednostek chorobowych.
4. Sprawowanie opieki medycznej w zakresie badań profilaktycznych na podstawie umów podpisanych z innymi podmiotami.
5. Współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 64

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

1. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej jest komórką organizacyjną Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie.

2. Zadaniem Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jest badanie własności fizycznych, chemicznych i składu morfologicznego płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny, pobranych tkanek dla celów profilaktycznych, diagnostycznych monitorowania leczenia i orzekania. Badania powyższe mogą być wykonywane także w innym celu np. dla nauki lub dydaktyki, ale po uprzednim porozumieniu się zainteresowanych tą dodatkową działalnością z kierownikiem zakładu diagnostyki laboratoryjnej i ustaleniu możliwości i warunków podjęcia badań.
3. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej wykonuje badania diagnostyczne dla oddziałów szpitalnych, a także badania diagnostyczne dla pozostałych komórek organizacyjnych wchodzących w skład przedsiębiorstw tj. Ośrodka Lecznictwa Pozaszpitalnego oraz Ośrodka Specjalistki Ambulatoryjnej, jak również badania komercyjne.
4. Zapewnia właściwą jakość wyników badań oraz kontroluje tą jakość, prowadząc wewnętrzną kontrolę powtarzalności (lub odtwarzalności) i dokładności jak również bierze udział w organizowanej przez nadzór specjalistyczny kontroli między-laboratoryjnej
5. Współdziałanie Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej z oddziałami, poradniami, itp. jest oparte na zasadach określonych w regulaminie współdziałania, opracowanym przez Kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej przy współudziale zainteresowanych klinicystów i zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala.

§ 65

Zakład Bakteriologii

Zakład Bakteriologii jest komórką organizacyjną zakładu leczniczego – Centrum Lecznictwa Szpitalnego. Do zadań Zakładu Bakteriologii należy:

1. Wykonywanie usług w zakresie bakteriologii klinicznej.
2. Wykonywanie usług w zakresie bakteriologii prątku gruźlicy.
3. Wykonywanie badań bakterioskopowych oraz posiewów bakteriologicznych.
4. Wykonywanie usług w zakresie serodiagnostyki kiły.
5. Wykonywanie usług w zakresie badań weryfikacyjnych kiły metodą unofluorescencyjną.
6. Wykonywanie badań w zakresie diagnostyki mykologicznej, bakterioskopii oraz posiewy wraz z identyfikacją
7. Wykonywanie usług w zakresie badań serologicznych poziomu ASO.
8. Wykonywanie usług w zakresie badań wirusologicznych, diagnostykę mononukleozy, różnicowanie WZW (HA V, HBV, CMV) oraz HIV.
9. Wykonywanie badań kontrolnych jakości sterylizacji i jakości odkażania.
10. Wykonywanie badań w zakresie diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową.
11. Wykonywanie badań bakteriologicznych i wirusologicznych przewodu pokarmowego.
12. Zakład Bakteriologii wykonuje badania diagnostyczne dla oddziałów szpitalnych, a także badania diagnostyczne dla pozostałych komórek organizacyjnych wchodzących w skład zakładów leczniczych tj. Ośrodka Lecznictwa Pozaszpitalnego oraz Ośrodka Specjalistki Ambulatoryjnej, jak również badania komercyjne.

§ 66

Zakład Diagnostyki Obrazowej

Zakład Diagnostyki Obrazowej jest komórką organizacyjną zakładu leczniczego Centrum Lecznictwa Szpitalnego. Wykonuje badania diagnostyczne również dla Ośrodka Specjalistki Ambulatoryjnej, Ośrodka Lecznictwa Pozaszpitalnego oraz badania komercyjne.

Do podstawowych zadań Zakładu należy wykonywanie badań diagnostycznych z zakresu

1. rentgenodiagnostyki,
2. tomografii komputerowej,
3. ultrasonografii,
4. mammografii,
5. biopsji.

§ 67

Zakład Patomorfologii

Zakład Patomorfologii jest komórką organizacyjną zakładu leczniczego Centrum Leczenia Szpitalnego. Wykonuje również badania diagnostyczne dla Ośrodka Specjalistki Ambulatoryjnej, Ośrodka Lecznictwa Pozaszpitalnego oraz badania komercyjne.

Do zadań Zakładu Patomorfologii należy:

1. Wykonywanie badań histopatologicznych, immunohistochemicznych i cytologicznych (w tym badań cytologicznych ginekologicznych)
2. Wykonywanie badań śródoperacyjnych.
3. Wykonywanie naukowo-lekarskich sekcji zwłok osób zmarłych w Szpitalu.
4. W miarę potrzeby w Zakładzie Patomorfologii mogą być wykonywane sekcje zwłok z innych zakładów służby zdrowia oraz sekcje zwłok sądowo-lekarskie na podstawie indywidualnego zlecenia.
5. Organizowanie konferencji kliniczno-patomorfologicznych wspólnie z oddziałami Szpitala.

§ 68

Zakład Pomocy Doraźnej

Zakład Pomocy Doraźnej jest komórką organizacyjną zakładu leczniczego: Ośrodek Specjalistki Ambulatoryjnej.

Do zadań Zakładu Pomocy Doraźnej należy:

1. Udzielanie pomocy medycznej w miejscu zdarzenia osobom w stanach zagrożenia zdrowia lub życia.
2. Przeprowadzanie rejestracji zgłoszeń i udzielanie informacji o chorych, którym w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem udzielona została pomoc doraźna.
3. Organizowanie, koordynowanie oraz pomoc w akcjach ratowniczych w razie klęsk żywiołowych, katastrof i innych masowych akcjach na terenie województwa, jeżeli rozmiary ich przekraczają udzielania poszkodowanym natychmiastowej pomocy doraźnej przez Pogotowia Ratunkowe okolicznych powiatów.
4. Systematyczna obserwacja i analiza nieszczęśliwych wypadków i nagłych zachorowań oraz niezwłoczne zawiadamianie właściwych organów administracji państwowej o wykryciu czynników mogących być ich przyczyną.
5. Realizacja transportu sanitarnego przez zespół transportu sanitarnego.
6. Organizowanie szkoleń dla personelu Zakładu, współdziałanie w tym zakresie z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi.
7. Dostarczanie danych do opracowywania materiałów analitycznych dotyczących działalności Zakładu.

Apteka Szpitalna

Apteka Szpitalna jest komórką organizacyjną zakładu leczniczego – Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie.

Do zadań Apteki Szpitalnej należy:

1. Prowadzenie gospodarki lekami i artykułami sanitarnymi, zamawianie, wyrób, przechowywanie oraz ich ewidencja.
2. Wydawanie jednostkom organizacyjnym Szpitala leków i artykułów sanitarnych.
3. Utrzymywanie i właściwe przechowywanie normatywnych zapasów leków i artykułów sanitarnych.
4. Wytwarzanie leków recepturowych i preparatów galenowych.
5. Czuwanie nad jakością i tożsamością leków polegające na kontroli organoleptycznej oraz przestrzeganie terminów ważności i przydatności.
6. Zgłaszanie uwag do dostawców leków gotowych w przypadku leków budzących zastrzeżenia.
7. Udzielanie lekarzom zatrudnionym w jednostkach (komórkach) organizacyjnych Szpitala informacji o lekach będących w dyspozycji Apteki Szpitalnej w tym o lekach nowych, wprowadzonych do obrotu.
8. Nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach szpitalnych i innych komórkach organizacyjnych zaopatrywanych w leki i artykuły sanitarne przez Aptekę Szpitalną.
9. Współpraca z Zespołem ds. Farmakoterapii w tworzeniu receptariusza.
10. Prowadzenie obowiązującej ewidencji wartościowej i ilościowej:
 - a) sporządzanie raportów dla księgowości dotyczących obrotu wartościowego leków i artykułów, bezpłatnych dostaw zagranicznych leków oraz opakowań,
 - b) prowadzenie statystyki, ksiąg przerobu laboratoryjnego, księgi spirytusowej i narkotycznej.

Centralna Sterylizatornia

Centralna Sterylizatornia jest komórką organizacyjną zakładu leczniczego o nazwie – Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie, której zadaniem jest przygotowanie do sterylizacji i sterylizacja narzędzi, sprzętu medycznego oraz materiałów medycznych niezbędnych do realizacji procesów diagnostycznych, leczniczych, terapeutycznych zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami.

Steryлизację przeprowadza się następującymi metodami:

- para wodna w nadciśnieniu (temp. 134 °C/ , 121 °C)
- tlenek etylenu – niskotemperaturowa (temp. 37 °C, 55 °C)

Przebieg procesów w myjniach i sterylizatorach jest monitorowany, kontrolowany i dokumentowany (testy kontroli ,wskaźniki chemiczne, biologiczne)

Do podstawowych zadań Centralnej Sterylizatorni należy :

1. przyjmowanie narzędzi chirurgicznych, materiałów medycznych z komórek organizacyjnych szpitala (instrukcja postępowania dostarczona przez użytkownika), przyjmowanie zamówień ,
2. mycie i dezynfekcja wózków i pojemników transportowych, służących do transportu narzędzi i sprzętu do Centralnej Sterylizatorni ,
3. przygotowanie narzędzi chirurgicznych i materiałów medycznych do mycia w myjniach automatycznych kwalifikowanie do metody dezynfekcji,

4. mycie i dezynfekcja narzędzi chirurgicznych i materiałów medycznych w myjniach automatycznych, dokumentowanie procesów,
5. manualne mycie, dezynfekcja i przygotowywanie narzędzi i sprzętu, który nie może być opracowany w myjniach - zgodnie z zaleceniami producenta,
6. przygotowanie narzędzi chirurgicznych, materiałów medycznych, materiału opatrunkowego, bielizny operacyjnej do sterylizacji, kwalifikowanie do metody sterylizacji,
7. sterylizowanie narzędzi chirurgicznych i materiałów medycznych za pomocą pary wodnej w nadciśnieniu oraz tlenu etylenu,
8. kontrola skuteczności procesów dezynfekcji i sterylizacji, dokumentowanie,
9. dokumentowanie poszczególnych etapów dekontaminacji, tworzenie dokumentacji procesów sterylizacji,
10. uwalnianie materiału sterylnego,
11. magazynowanie materiału sterylnego i ekspedycja,
12. dystrybucja sterylnych serwet chirurgicznych, rękawiczek chirurgicznych jałowych, gotowych gazików nie jałowych itp.

Zadania komórek organizacyjnych działalności medycznej podległych Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa

Zastępcy Dyrektora d/s Pielęgniarstwa podlegają służbowo pielęgniarki i położne realizujące zadania działalności podstawowej - w lecznictwie zamkniętym i otwartym (z wyłączeniem działów diagnostycznych), Samodzielne Stanowisko Pielęgniarki Społecznej, Punkt Informacyjny oraz Samodzielne Stanowiska d/s Organizacji Oświaty i Promocji Zdrowia, której zadania wymieniono poniżej:

§ 71

Samodzielne Stanowiska ds. Jakości, Organizacji Oświaty i Promocji Zdrowia

Do zadań Samodzielnych Stanowisk ds. Organizacji Oświaty i Promocji Zdrowia należy:

1. Opracowywanie i wdrażanie programów promocji zdrowia.
2. Realizacja przyjętych programów profilaktycznych.
3. Promowanie ofert usług medycznych Szpitala w mediach.
4. Współpraca z organizacjami i instytucjami na rzecz promocji zdrowia.
5. Udział w opracowywaniu i wdrażaniu pielęgniarskich procedur postępowania.
6. Kształtowanie polityki jakości we współpracy z kadrą kierowniczą Szpitala.
7. Inicjowanie i monitorowanie działań związanych z wprowadzaniem, funkcjonowaniem i utrzymaniem systemów jakości w Szpitalu.

§ 72

Dział Higieny Szpitalnej

1. Dział Higieny Szpitalnej świadczy usługi na rzecz pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie:
 - a) kompleksowego utrzymania czystości (poza kuchnią) w tym:
 - mycia lub mycia i dezynfekcji powierzchni i sprzętu wg harmonogramu zawartego w planie higieny szpitala;
 - zabezpieczenia niezbędnej ilości środków myjących i dezynfekcyjnych oraz sprzętów służących do utrzymania czystości, w tym przygotowywania roztworów roboczych;

- prania i dezynfekcji mopów i ściereczek;
 - dbałości o sprawne działanie sprzętu i maszyn służących do utrzymania czystości;
- b) transportu wewnętrznego, w tym:
- transportu materiałów i sprzętu pomiędzy Centralną Sterylizatornią i oddziałami szpitalnymi,
 - transportu materiałów z magazynów do oddziałów szpitalnych;
 - transportu zwłok oraz pacjentów na badania diagnostyczne;

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGLYCH SŁUŻBOWO BEZPOŚREDNIO GŁÓWNEMU KSIĘGOWEMU

§ 73

DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI

Do zadań Działu Księgowości należy prowadzenie obsługi finansowo-księgowej Szpitala w zakresie zapewniającym prawidłowe funkcjonowanie działalności podstawowej, planowania i realizacji zadań rzeczowych w powiązaniu z nakładami finansowymi a w szczególności:

2. Koordynowanie działalności finansowej i ekonomicznej wszystkich jednostek (komórek) organizacyjnych Szpitala.
3. Prowadzenie ewidencji księgowej Szpitala zgodnie z wymogami ustawy o rachunkowości oraz prowadzenie ewidencji przychodów i kosztów w ujęciu szczegółowym według potrzeb uzgodnionych z Dyrektorem Szpitala.
4. Opracowywanie planu finansowo-księgowego Szpitala na podstawie danych wynikających z kontraktu z NFZ na dany rok.
5. Organizowanie i sprawowanie wewnętrznej funkcjonalnej kontroli finansowej oraz sporządzanie sprawozdawczości finansowo-ekonomicznej.
6. Składanie informacji okresowych raz w miesiącu dla Dyrektora Szpitala o wykorzystaniu środków finansowych przez wyodrębnione komórki organizacyjne Szpitala, oraz informacji doraźnej o zagrożeniach lub nieprawidłowościach w miarę występujących potrzeb. Informacje składane będą przez Głównego Księgowego:
 - a. okresowe, w formie pisemnej po zakończeniu okresów księgowych,
 - b. doraźne, w formie ustnej lub pisemnej w miarę istniejących potrzeb.

Rozdział VIII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

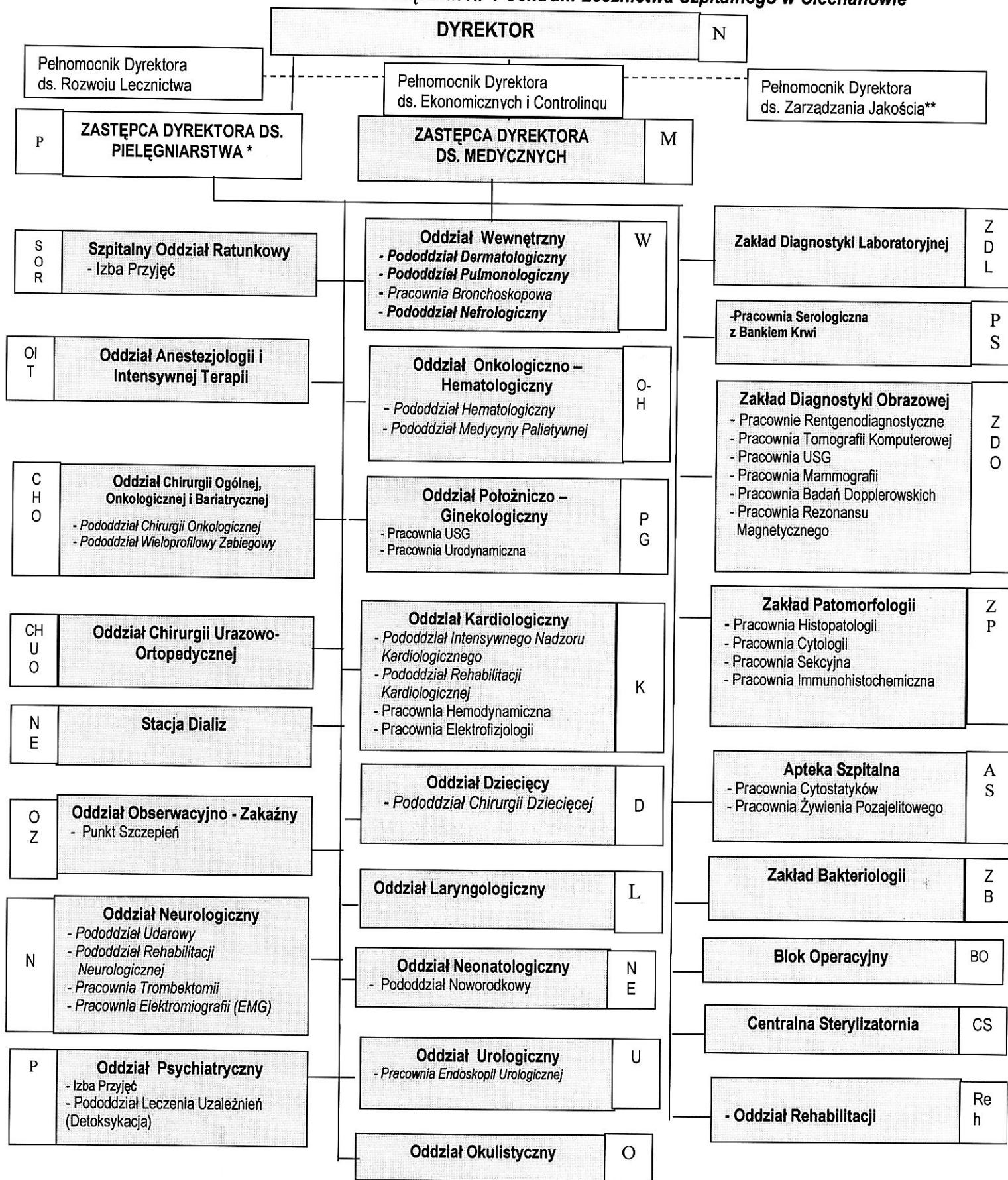
§ 74

1. Niniejszy Regulamin ustalony przez Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie podlega zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem określonym w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala.
3. Wszystkie zmiany w Regulaminie mogą być dokonywane w drodze Zarządzenia Dyrektora. Podlegają one zaopiniowaniu przez Radę Społeczną.
4. Sposób funkcjonowania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych określają regulaminy wewnątrzzakładowe wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora, a poszczególnych stanowisk pracy - zakresy czynności i obowiązków znajdujące się w aktach osobowych.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik Nr 1 – Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie
- Załącznik Nr 2 - Ośrodek Lecznictwa Pozaszpitalnego w Ciechanowie
- Załącznik Nr 3 - Ośrodek Specjalistki AmbulATORYJNEJ w Ciechanowie
- Załącznik Nr 4 - Struktura organizacyjna Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie
- Załącznik Nr 5 – Cennik Usług w tym usług medycznych

Załącznik Nr 1 Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie

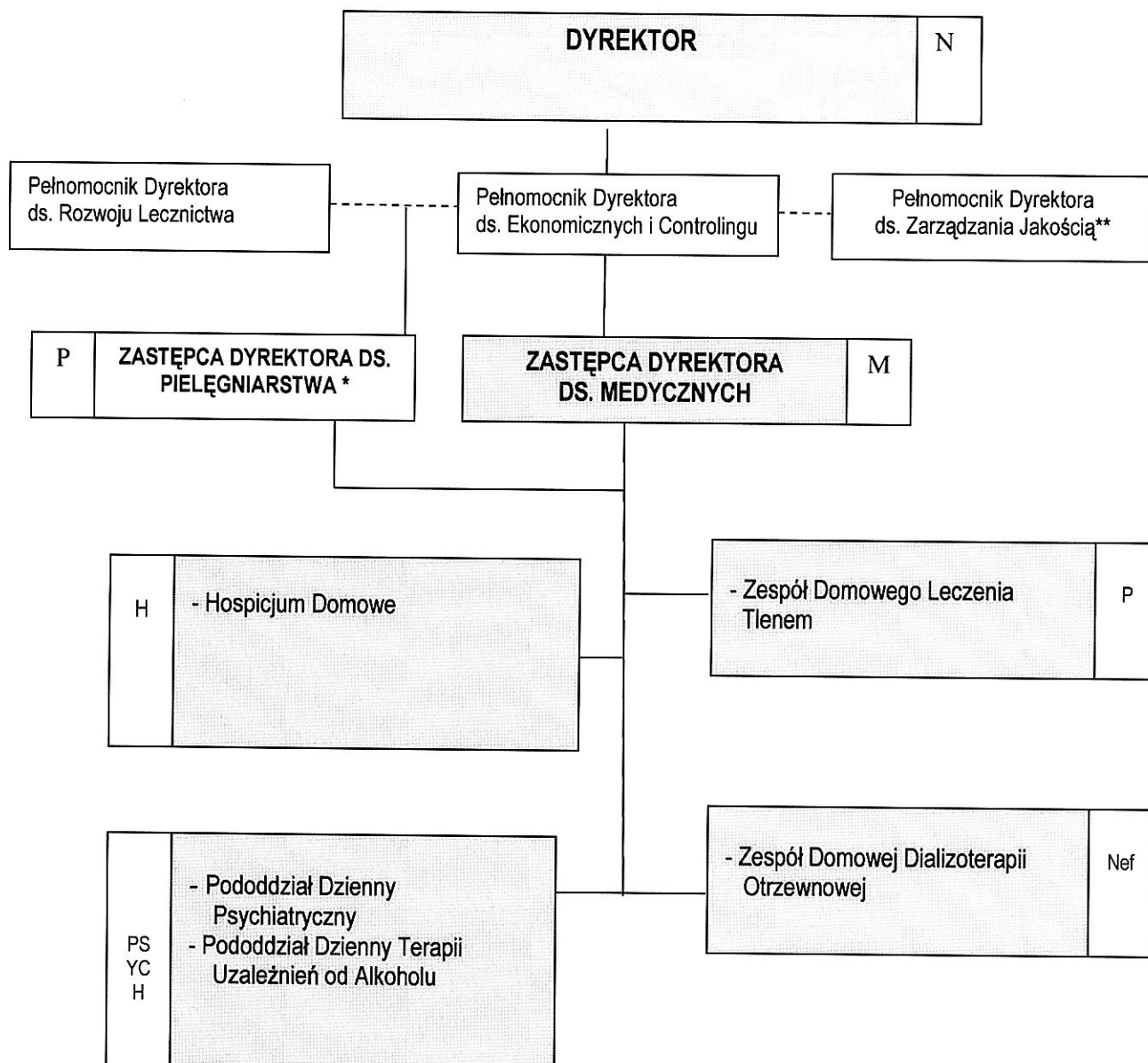


*nadzór nad pracą pielęgniarek

**nadzór nad zarządzaniem jakością

p.o. DYREKTOR

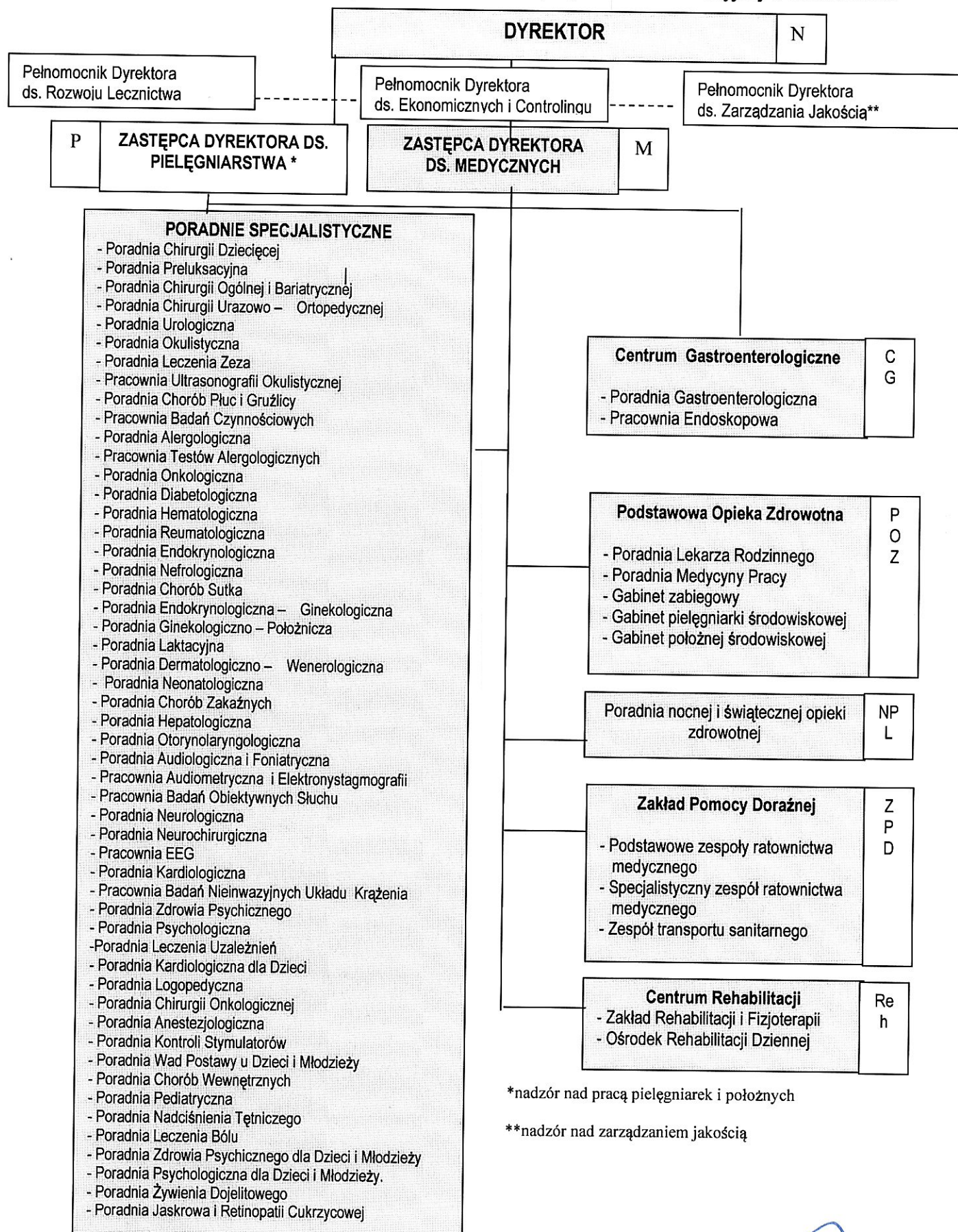
Załącznik Nr 2 Ośrodek Lecznictwa Pozaszpitalnego



* nadzór nad pracą personelu pielęgniarskiego

** nadzór nad systemem zarządzania jakością

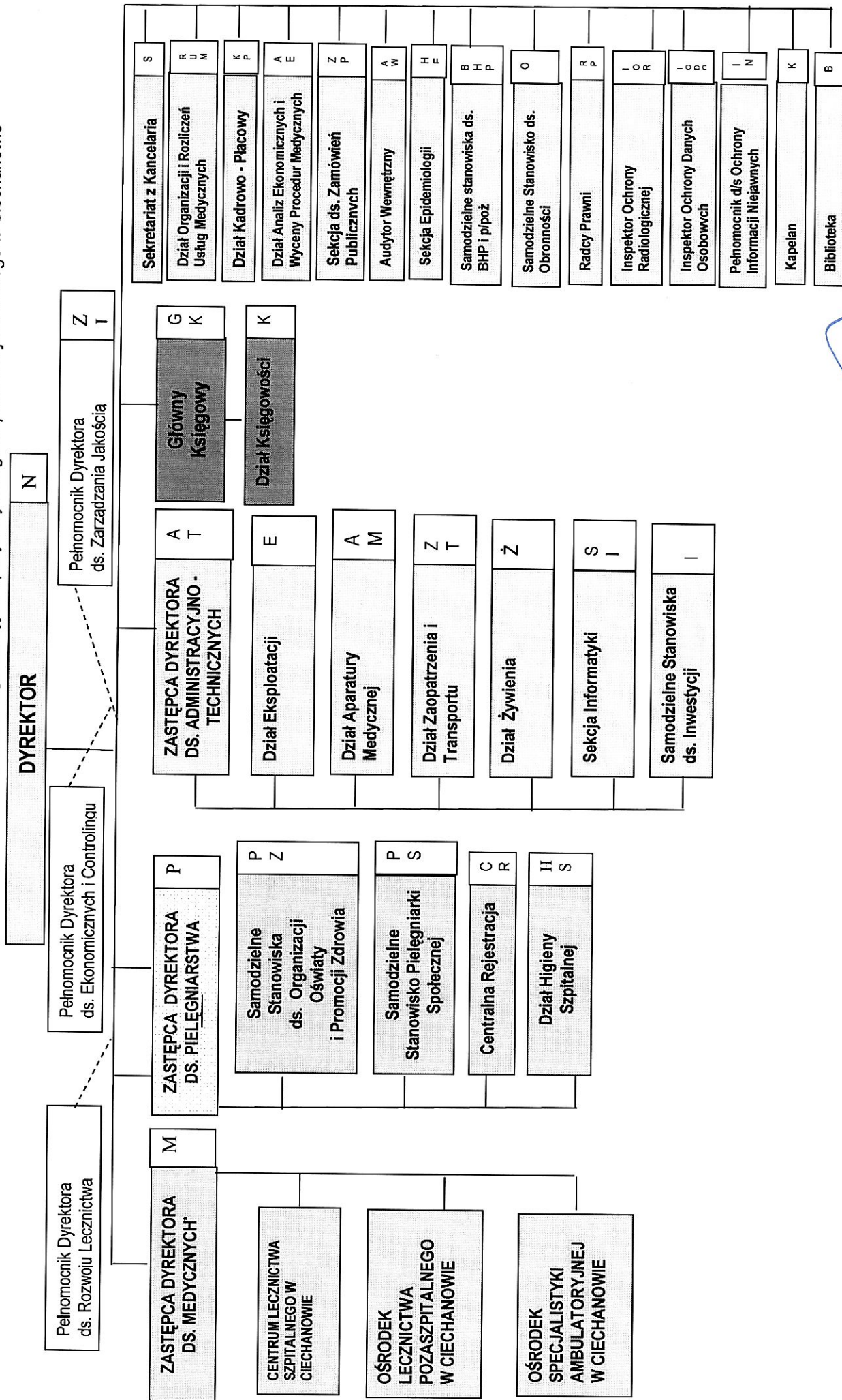
Załącznik Nr 3. Ośrodek Specjalistki Ambulatoryjnej w Ciechanowie



*nadzór nad pracą pielęgniarek i położnych

**nadzór nad zarządzaniem jakością

Załącznik Nr 4 Struktura organizacyjna Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie



Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie – Regulamin Organizacyjny

p.o. DYREKTOR

Andrzej Juliusz Kamasa

