

**ZARZĄDZENIE NR 103/2025 DYREKTORA SZPITALA POWIATOWEGO IM.
ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE z dnia 23 czerwca 2025r.
zmieniające zarządzenie nr 73/2022 w sprawie przyjęcia „Regulaminu
organizacyjnego Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego
w Złotowie”**

Na podstawie art. 23, art. 24 ust. 1 i art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2025.450 tj. z dnia 2025.04.08), po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej Szpitala i uzyskania jej akceptacji, zarządzam, co następuje:

§ 1.

W „Regulaminie organizacyjnym Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie” stanowiącym załącznik do zarządzenia nr 73/2022 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 21 kwietnia 2022r. wprowadza się następujące zmiany:

§ 2 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 2.

Użyte w niniejszym Regulaminie bez bliższego określenia pojęcia oznaczają:

1. Szpital – należy rozumieć Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie,
2. komórka organizacyjna – należy przez nią rozumieć: oddział, zakład, poradnię, pracownię, dział oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Szpitala, dla której ustalono inną nazwę,
3. osoba wykonująca zawód medyczny – należy rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
4. dyżur medyczny – wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny, w zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej,
5. dokumentacja medyczna – należy rozumieć określone w ustawie oraz w przepisach odrębnych informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,

6. Rada Społeczna – Rada Społeczna Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie,
7. ZOL – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy,
8. CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego,
9. SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy,
10. AOS - ambulatoryjna opieka specjalistyczna – należy przez to rozumieć udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom nie wymagającym całodobowego pobytu w podmiocie leczniczym,
11. POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna,
12. NiŚOZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna, świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18 do 8 następnego dnia oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy,
13. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia,
14. ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
15. GUS – Główny Urząd Statystyczny,
16. US – Urząd Skarbowy,
17. CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
18. ZSZ – Zintegrowany System Zarządzania,
19. CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
20. ISO (ang. International Organization for Standardization) - Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna,
21. HACCP (ang. Hazard Analysis and Critical Control Points) - System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli."

§ 3 ust. 2 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 3

2. Do podstawowych działań Szpitala należy:

- 1) leczenie chorych stacjonarnie w oddziałach szpitalnych,
- 2) udzielanie całodobowej pomocy w stanach zagrożenia życia, w wypadkach w domu chorego, miejscu pracy i nauki oraz w innych miejscach ich powstawania, w tym świadczenie pomocy osobom poszkodowanym w kłóskach żywiołowych, katastrofach, epidemii.
- 3) świadczenie całodobowej pomocy w ambulatorium i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
- 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych,
- 5) udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- 6) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej,
- 7) świadczenie usług rehabilitacyjnych,
- 8) szerzenie oświaty zdrowotnej,
- 9) prowadzenie działalności mającej na celu kształcenie osób

- przygotowujących się do wykonywania zawodów medycznych oraz wykonujących zawody medyczne,
- 10) realizowanie zadań w dziedzinie obronności zgodnie z obowiązującymi przepisami."

§ 4 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 4

1. Mając na uwadze ciągłą poprawę jakości świadczonych usług w Szpitalu opracowano i wdrożono:
 - 1) procedury zgodne ze standardami akredytacyjnymi dla szpitali określonymi przez Ministra Zdrowia i CMJ,
 - 2) system zintegrowanego zarządzania jakością, system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, system zarządzania środowiskowego oraz system zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodne z aktualnymi normami ISO,
 - 3) zasady postępowania dotyczące polityki antykorupcyjnej, przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, ochrony sygnalistów oraz standardów ochrony małoletnich zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. W ramach polityki jakości Szpital zobowiązuje się do:
 - 1) uświadamiania i angażowania personelu w działania na rzecz poprawy jakości oferowanych usług,
 - 2) dostosowywania zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
 - 3) stałego i systematycznego podwyższania wiedzy, umiejętności zawodowych pracowników w zakresie opieki nad pacjentem,
 - 4) doskonalenia działań organizacyjnych i technicznych dla zwiększania jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz poprawy warunków bytowych pacjenta,
 - 5) dążenia do poprawy warunków pracy personelu,
 - 6) zapobiegania wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym oraz zdarzeniom potencjalnie wypadkowym,
 - 7) dążenia do stałej poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy na wszystkich stanowiskach pracy,
 - 8) podnoszenia kwalifikacji oraz uwzględniania roli pracowników i ich angażowania do działań na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy oraz postępowania zgodnie z zasadami ochrony środowiska,
 - 9) postępowania zgodnie z prawem ochrony środowiska i innymi uregulowaniami środowiskowymi, które odnoszą się do Szpitala,
 - 10) ciągłej poprawy w zakresie oddziaływania na środowisko,
 - 11) zmniejszenia ryzyka wystąpienia awarii środowiskowych,
 - 12) racjonalnego gospodarowania wodą i ściekami, energią cieplną

- i elektryczną,
- 13) właściwego zarządzania odpadami i ich bezpiecznego składowania.
3. W ramach polityki jakości cały personel Szpitala zobowiązany jest do realizacji szpitalnej polityki jakości i Zintegrowanego Systemu Zarządzania."

§ 5 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 5

1. Dyrektor Szpitala kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor Szpitala jest przełożonym pracowników Szpitala.
3. Dyrektor Szpitala ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarką finansową, samodzielnie podejmuje czynności prawne w imieniu Szpitala oraz majątku będącego w jego zarządzie.
4. W przypadku nieobecności Dyrektora, jego zadania realizuje upoważniony odrębnym pełnomocnictwem Zastępca Dyrektora.
5. Poza godzinami pracy Dyrektora Szpitala, tj. w godzinach 15.05 -07.30 w dni powszednie oraz przez całą dobę w soboty, niedziele, święta i inne dni wolne od pracy, kompetencje Dyrektora Szpitala w zakresie nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych i koordynacji pracy personelu medycznego oraz podejmowania decyzji w sytuacjach awaryjnych, przejmuje Starszy Lekarz Dyżurny Szpitala wyznaczany przez Dyrektora Szpitala albo przez osobę upoważnioną.
6. Do obowiązków Dyrektora Szpitala należy w szczególności:
 - 1) bieżący nadzór na wykonywaniem statutowych zadań Szpitala,
 - 2) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz
 - 3) organizowanie pracy podległego personelu,
 - 4) dokonywanie ocen działalności Szpitala i zapoznanie z tymi ocenami Rady Społecznej i Starosty Złotowskiego,
 - 5) zatrudnianie i zwalnianie podległego personelu Szpitala oraz ustalanie zasad wynagradzania,
 - 6) wydawanie i zatwierdzanie regulaminów, zarządzeń, decyzji, instrukcji oraz komunikatów obowiązujących w Szpitalu,
 - 7) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i przedstawienie go do zaopiniowania Radzie Społecznej,
 - 8) zawieranie umów cywilnoprawnych na realizację świadczeń zdrowotnych i inne,
 - 9) rozpatrywanie skarg, wniosków i zażaleń pracowników oraz Pacjentów
 - 10) inne prace zlecone przez Podmiot tworzący i nadzorujący.
7. Dyrektor Szpitala, kieruje pracą przy pomocy:

- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
 - 3) Głównego Księgowego,
 - 4) Kierowników Komórek Organizacyjnych,
8. Dyrektor Szpitala bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych,
 - 3) Głównego Księgowego,
 - 4) Kierownika Działu Kadr i Płac,
 - 5) Kierownika Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej,
 - 6) Inspektora/Koordynatora ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy,
 - 7) Inspektora ds. Obronności,
 - 8) Inspektora Ochrony Przeciwpowodziowej,
 - 9) Inspektora Ochrony Danych, Koordynatora ds. Bezpieczeństwa Informacji,
 - 10) Radcy Prawnego,
 - 11) Pełnomocnika ds. Jakości,
 - 12) Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta,
 - 13) Specjalisty ds. Promocji,
 - 14) Sekretariat."

§ 6 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 6.

1. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych nadzoruje następujące stanowiska i komórki organizacyjne:
 - 1) Kierownika Działu Techniczno-Eksploatacyjnego i Zaopatrzenia,
 - 2) Specjalisty ds. Zamówień Publicznych,
 - 3) Koordynatora ds. Zarządzania Środowiskiem,
 - 4) Kaplica,
 - 5) Administrator Sieci Informatycznej
3. Do obowiązków zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należy:
 - 1) nadzór nad utrzymaniem infrastruktury szpitala w stanie ciągłej i należytej sprawności,
 - 2) nadzór nad działalnością techniczno- eksploatacyjną Szpitala w tym nadzór nad realizacją inwestycji, remontów, konserwacją obiektów urządzeń technicznych i aparatury medycznej,
 - 3) zapewnienie warunków niezbędnych do funkcjonowania Szpitala, zwłaszcza w zakresie infrastruktury ciepłowniczej i energetycznej, polityki zakupowej i zaopatrzenia,
 - 4) nadzór nad przestrzeganiem zasad racjonalnej gospodarki materiałowej i gospodarki odpadami,

- 5) administrowanie nieruchomościami i obiektami szpitala.”

§ 8 Regulaminu skreślony

§ 10 Regulaminu skreślony

§ 11 Regulaminu skreślony

§ 12 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 12

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Głównemu Księgowemu podlega bezpośrednio Dział Ekonomiczno-Księgowy
3. Do obowiązków Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - 1) kierowanie pracą podległej komórki organizacyjnej,
 - 2) zarządzanie finansami Szpitala w sposób zapewniający utrzymanie płynności i rentowności jednostki,
 - 3) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 4) przygotowywanie bilansów i sprawozdań finansowych,
 - 5) opracowywanie planu rzeczowo-finansowego i przedstawianie go Dyrektorowi Szpitala,
 - 6) współpraca w tworzeniu planów inwestycyjnych Szpitala,
 - 7) analiza wykorzystania środków będących w dyspozycji szpitala,
 - 8) sporządzanie analiz i raportów dotyczących sytuacji finansowej Szpitala z uwzględnieniem wyników finansowych poszczególnych komórek,
 - 9) opiniowanie wszystkich spraw i wniosków mających wpływ na finanse Szpitala,
 - 10) nadzór nad systemem wewnętrznej kontroli finansowej,
 - 11) prowadzenie aktywnej polityki pozyskiwania środków finansowych z programów unijnych i innych źródeł finansowania zewnętrznego,
 - 12) opracowywanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencjach Działu.”

§ 13 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 13

1. Kierownik Działu Kadr i Płac podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Kierownik Działu Kadr i Płac odpowiada za:
 - 1) prowadzenie wszelkich spraw związanych z nawiązywaniem, trwaniem i rozwiązywaniem stosunków pracy oraz umów cywilnoprawnych,
 - 2) prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo

- dokumentacji w tym zakresie w oparciu o dane kadrowe dotyczące umów o pracę oraz umów cywilno-prawnych,
- 3) określenie potrzeb kadrowych, rekrutacja, dobór i rozmieszczenie kadr, prowadzenie aktywnej bieżącej i długoterminowej polityki pozyskiwania kadr medycznych i niemiedycznych,
 - 4) kontrolowanie przestrzegania dyscypliny pracy,
 - 5) doskonalenie systemu awansowania, inicjowanie i tworzenie warunków do właściwego wykorzystania kwalifikacji i uzdolnień pracowników,
 - 6) badanie przyczyn konfliktów powstałych w komórkach organizacyjnych na tle stosunku pracy oraz podejmowanie właściwych przedsięwzięć w celu ich usuwania i zapobieganie ich powstania,
 - 7) współpraca z urzędami terenowymi organów administracji państwowej, ZUS, KRUS, Urzędem Skarbowym i innymi,
 - 8) dokonywanie kontroli wewnętrznej,
 - 9) opracowywanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencjach Działu,
 - 10) zgłaszanie wniosków usprawniających funkcjonowanie komórki, inicjowanie działań zwiększających efektywność zakładu, ścisła współpraca z innymi komórkami i jednostkami Szpitala.

§ 14 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 14

1. Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestracje, znakowanie pism, określa Instrukcja Kancelaryjna ustalona przez Dyrektora Szpitala.
2. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora Szpitala po konsultacjach ze związkami zawodowymi.
3. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez wszystkich pracowników Szpitala, osoby pozostające ze Szpitalem w stosunku cywilnoprawnym oraz inne (wolontariusze, stażyści, studenci, osoby wizytujące ds.).”

§ 18 Regulaminu skreślony

§ 19. Ust 2 pkt 1) Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 19

1. Podstawowym zadaniem Szpitala jest:
 - 1) leczenie chorych stacjonarnie w oddziałach w zakresie następującej specjalności:
 - a) chirurgii ogólnej i ortopedii,

- b) chorób wewnętrznych,
- c) ginekologii,
- d) pediatrii,
- e) psychiatrii,
- f) anestezjologii i intensywnej terapii,
- g) medycyny ratunkowej,
- h) medycyny paliatywnej,
- i) terapii uzależnień od alkoholu.”

§ 20 ust. 1 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

„§ 20

1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:

- 1) oddziały szpitalne
 - a) wewnętrzny,
 - b) chirurgiczny z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej,
 - c) dziecięcy,
 - d) ginekologiczny,
 - e) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - f) psychiatryczny,
 - g) leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjny),
 - h) medycyny paliatywnej,
 - i) szpitalny oddział ratunkowy,
- 2) komórki organizacyjne:
 - a) blok operacyjny,
 - b) dział rehabilitacji,
 - c) pracownie diagnostyczne, w tym:
 - laboratorium analityki medycznej z pracownią mikrobiologii i serologii;
 - pracownia diagnostyki ultrasonograficznej i endoskopowej;
 - pracownia RTG;
 - pracownia tomografii komputerowej;
 - d) szkoła rodzenia,
 - e) apteka szpitalna,
 - f) poradnie przyszpitalne:
 - poradnia leczenia uzależnień;
 - poradnia ginekologiczno- położnicza;
 - poradnia otolaryngologiczna;
 - poradnia kardiologiczna;
 - poradnia chirurgii onkologicznej;
 - poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej;

- poradnia chirurgiczna;
 - poradnia reumatologiczna;
 - poradnia endokrynologiczna;
 - poradnia pulmonologiczna;
 - poradnia nefrologiczna;
 - poradnia geriatryczna;
 - poradnia zdrowia psychicznego;
 - poradnia pediatryczna;
 - poradnia chorób wewnętrznych;
 - g) hospicjum domowe,
 - h) kaplica,
 - i) prosektorium,
 - j) zakład opiekuńczo-leczniczy,
 - k) ambulatorium ogólne,
 - l) gabinet zabiegowo-diagnostyczny,
 - m) transport sanitarny,
 - n) centralna sterylizatornia,
 - o) zespół rehabilitacji domowej,
 - p) oddział dzienny psychiatryczny,
 - q) zespół leczenia środowiskowego,
 - r) oddział terapii uzależnień od alkoholu w Piecewie.
- 3) Ratownictwo Medyczne:
- a) zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego specjalistyczny w Złotowie,
 - b) zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego podstawowy,
 - c) zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego podstawowy.
- 4) komórki organizacyjne obsługujące Szpital:
- a) Dział Ekonomiczno-Księgowy,
 - b) Dział Kadr i Płac,
 - c) Dział Techniczno-Eksploatacyjny i Zaopatrzenia,
 - d) Dział Rozliczeń i Statystyki Medycznej,
 - e) Sekretariat.
- 5) samodzielne stanowiska:
- a) Pełnomocnik ds. Jakości
 - b) Inspektor/Koordynator ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy,
 - c) Koordynator ds. Zarządzania Środowiskowego,
 - d) Specjalista ds. Zamówień Publicznych,
 - e) Inspektor ds. Obronności,
 - f) Inspektor Ochrony Przeciwpowodziowej,

- g) Radca Prawny,
- h) Inspektor Ochrony Danych/Koordinator ds. Bezpieczeństwa Informacji,
- i) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
- j) Kapelan,
- k) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

§ 28 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 28

2. Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie – od poniedziałku do piątku w godzinach od 8-12 z kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do Szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającym odbycie posiadanych szczepień (jeśli są wymagane), dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości oraz dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne. Wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, pidżama, szlafrok i obuwie domowe).
3. Przyjmowanie Pacjentów do Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecovie, odbywa się po wcześniejszej telefonicznej rozmowie kwalifikacyjnej w godz. 8.00-16.00 z ważnym skierowaniem do oddziału (może nastąpić wyłącznie w terminie 14 dni od daty wystawienia skierowania). Pacjent jest przyjęty, jeżeli lekarz po zbadaniu stwierdzi wskazania do przyjęcia oraz przedłoży zaświadczenia o utrzymaniu abstynencji wystawione przez osobę kompetentną (terapeuta uzależnień), a także odbycie detoksykacji.
4. Przyjęcie na Oddział osoby ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.
5. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego następuje w oparciu o skierowanie po uprzedniej kwalifikacji dokumentów – w terminie wynikającym z kolejności na liście oczekujących. Osoba przebywająca w ZOL ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.
6. Przyjęcie do Oddziału Medycyny Paliatywnej następuje w oparciu o skierowanie, po uprzednim ustaleniu terminu z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem.

§ 35 ust. 7 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 35

7. W zależności od specjalności Oddziału mogą się w nim znajdować inne pomieszczenia.

§ 36 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 36

1. W poszczególnych salach chorych mogą przebywać Pacjenci tylko tej samej płci.
2. W sytuacjach wyjątkowych, w szczególności ze względów epidemiologicznych (kohortowanie) oraz w salach o wzmożonym nadzorze medycznym dopuszcza się jednoczesowe przebywanie kobiet i mężczyzn, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy Pacjencie.”

§ 40 pkt 4) Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 40

- 4) Ordynator/ lekarz kierujący oddziałem lub lekarz oddziału przekazujący Pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie, dokonuje wypisu Pacjenta i wydaje kartę informacyjną leczenia szpitalnego.”

Oddział Ginekologiczny

§ 60 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 60

1. Do podstawowych zadań Oddziału Ginekologicznego należy:
 - 1) leczenie zachowawcze i operacyjne stanów zapalnych narządu rodowego,
 - 2) diagnostyka i leczenie operacyjne nowotworów narządu rodowego w ograniczonym zakresie,
 - 3) diagnostyka i leczenie niepłodności-laparoskopia, histerosalpingografia, diagnostyka laboratoryjna,
 - 4) leczenie stanów nagłych - ciąża pozamaciczna, skręt torbieli jajnika i tzw. ostry brzuch,
 - 5) diagnostyka i leczenie zaburzeń statyki narządu rodowego i nietrzymania moczu,
 - 6) diagnostyka i leczenie PacjenteK po poronieniach,
 - 7) diagnostyka i leczenie zaburzeń miesiączkowania,
 - 8) konsultacje ginekologiczne PacjenteK leżących w Szpitalu na innych oddziałach,
 - 9) wykonywanie badań ultrasonograficznych, kardiokograficznych i laboratoryjnych przez całą dobę, możliwość wykonania badań gazometrycznych, bakteriologicznych,
 - 10) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
2. W skład personelu Oddziału Ginekologicznego wchodzi:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
- 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
- 3) Lekarze specjaliści,
- 4) Rezydenci,
- 5) Położne,
- 6) Pielęgniarki,
- 7) Sekretarka medyczna.

Dział Kadr i Płac

§ 80 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 80

1. Do podstawowych zadań Działu Kadr i Płac należy:

W zakresie spraw kadrowych:

- 1) prowadzenie spraw związanych z nawiązywaniem, trwaniem i rozwiązywaniem stosunków pracy pracowników Szpitala,
- 2) prowadzenie aktywnej współpracy z PUP w Złotowie,
- 3) prowadzenie aktywnej bieżącej i długoterminowej polityki pozyskiwania kadr,
- 4) prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz czasowej niezdolności do pracy, kontrola prawidłowości wykorzystania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy,
- 5) monitoring potrzeb kadrowych Szpitala, opracowywanie planów zatrudnienia,
- 6) prowadzenie spraw związanych z zatrudnieniem osób bezrobotnych, stażystów, rezydentów, współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy, Urzędem Marszałkowskim i Ministerstwem Zdrowia w tym zakresie,
- 7) przygotowywanie i nadzór nad realizacją umów o praktyczną naukę zawodu i umów w związku z odbywaniem kursów i staży specjalizacyjnych w ramach szkolenia podyplomowego,
- 8) organizacja rekrutacji, w tym konkursów na stanowiska kierownicze zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 9) przygotowywanie konkursów ofert celem zawarcia umów na udzielanie świadczeń,
- 10) prowadzenie ewidencji, nadzór i kontrola czasu pracy pracowników Szpitala i osób udzielających świadczeń i usług na podstawie umów cywilno-prawnych (grafiki czasu pracy, harmonogramy udzielania świadczeń itp.),
- 11) ewidencja wyjść służbowych i prywatnych w godzinach pracy,
- 12) nadzór nad sporządzaniem planów i wykorzystaniem przez pracowników urlopów wypoczynkowych zgodnie z planem,
- 13) zgłaszanie pracowników i członków ich rodzin do ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego oraz wszelkich zmian w tym zakresie,

- 14) prowadzenie spraw emerytalno-rentowych,
- 15) sporządzanie obowiązujących sprawozdań, w tym do ZUS, GUS, Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Zdrowia dotyczących zatrudnienia i kosztów wynagrodzeń,
- 16) rozpoznawanie potrzeb socjalnych i bytowych pracowników, opracowywanie w tym zakresie planów i programów ich zaspokajania,
- 17) bieżąca weryfikacja uprawnień i kwalifikacji pracowników oraz osób udzielających świadczeń na podstawie umów cywilno-prawnych wymaganych na danym stanowisku,
- 18) opracowywanie planów szkoleń i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników,
- 19) sporządzanie wniosków o dofinansowanie szkoleń z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,
- 20) obsługa Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia) w zakresie wnioskowania o akredytację do szkolenia specjalizacyjnego w ramach kształcenia podyplomowego, współpraca z CMKP w tym zakresie,
- 21) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
- 22) udostępnianie przepisów prawa wewnętrznego, w szczególności Regulaminu Pracy i Regulaminu Wynagradzania,
- 23) koordynowanie współpracy i prowadzenie spraw związanych z działalnością zakładowych organizacji związkowych,
- 24) przestrzeganie obowiązujących procedur postępowania zgodnie z systemem zarządzania jakością; w tym aktualnymi procedurami systemu ISO, procedurami akredytacyjnymi Ministra Zdrowia,
- 25) zgłaszanie wniosków usprawniających funkcjonowanie komórki, inicjowanie działań zwiększających efektywność zakładu, ścisła współpraca z innymi komórkami i jednostkami Szpitala.

W zakresie spraw płacowych:

- 26) prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie w oparciu o dane kadrowe dotyczące umów o pracę i umów zlecenia, o dzieło, cywilno-prawnych,
- 27) prawidłowe naliczanie składników wynagrodzeń i innych świadczeń,
- 28) ustalanie wymiaru składek, sporządzanie deklaracji ZUS i terminowe rozliczenia z ZUS,
- 29) ustalanie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy oraz terminowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego,
- 30) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia i dochodach pracowników, sporządzanie PIT-ów do US i osób zainteresowanych,
- 31) opracowywanie sprawozdań i analiz wykorzystania funduszu

- osobowego i bezosobowego dotyczących wynagrodzeń,
 - 32) sporządzanie druków dla potrzeb naliczenia rent i emerytur,
 - 33) realizacja zajęć komorniczych,
 - 34) prowadzenie kasy zapomogowo-pożyczkowej,
 - 35) sporządzanie analiz dla potrzeb zarządczych,
 - 36) obsługa, w tym terminowe rozliczenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - 37) prowadzenie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Działu Kadr i Płac odpowiada jego Kierownik.

Dział Techniczno-Eksploatacyjny i Zaopatrzenia

§ 81 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

„§ 81

1. Do podstawowych zadań Działu Techniczno-Eksploatacyjnego i Zaopatrzenia należy:
 - 1) zapewnienie i utrzymanie prawidłowego funkcjonowania infrastruktury budowlanej, technicznej, sprzętu i urządzeń medycznych oraz pojazdów służbowych Szpitala,
 - 2) zapewnienie wyposażenia Szpitala w niezbędny sprzęt medyczny, naprawy oraz terminowe dokonywanie przeglądów okresowych urządzeń i obiektów Szpitala,
 - 3) zaopatrzenie w artykuły spożywcze, medyczne, odzież, środki czystości artykuły gospodarcze niezbędne dla funkcjonowania Szpitala,
 - 4) dokonywanie bieżących napraw i przeprowadzanie remontów,
 - 5) zapewnienie zaopatrzenia we wszystkie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania szpitala urządzenia, materiały i środki, w tym medyczne,
 - 6) zarządzanie odpadami i gospodarką energetyczną Szpitala,
 - 7) przygotowanie planu modernizacyjnego i inwestycyjnego Szpitala oraz nadzór nad ich wykonaniem,
 - 8) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem kuchni szpitalnej i punku wydawania i przyjmowania bielizny,
 - 9) współudział w opracowywaniu planów rozwojowych Szpitala,
 - 10) dbanie o ciągi komunikacyjne i tereny zielone,
 - 11) współudział w nadzorowaniu i utrzymaniu prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego Szpitala.
 - 12) nadzór nad systemem monitoringu Szpitala i centralą telefoniczną
 - 13) koordynowanie i nadzór nad funkcjonowaniem i bezpieczeństwem

- systemów informatycznych Szpitala, obejmujące m.in.
- a) administrowanie systemami informatycznymi Szpitala,
 - b) projektowanie i wdrażanie obowiązujących standardów, procedur i norm aplikacji szpitalnych,
 - c) zapewnienie sprawności i ciągłości działania systemów bezpieczeństwa i ochrony danych w systemach informatycznych Szpitala,
 - d) zarządzanie licencjami użytkowanych systemów informatycznych,
 - e) administrowanie stroną internetową Szpitala i kontami pocztowymi,
 - f) nadzór nad „Polityką bezpieczeństwa danych osobowych” Pacjentów i pracowników zgromadzonych w formie elektronicznej w myśl Ustawy z dnia 10.05.2018 r o Ochronie Danych Osobowych z późniejszymi zmianami,
 - g) szkolenie pracowników innych działów w zakresie obsługi sprzętu i oprogramowania komputerowego,
 - h) planowanie zakupów sprzętu i programów informatycznych.
2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Działu Techniczno-Eksploatacyjnego i Zaopatrzenia odpowiada jego Kierownik.
 3. Kierownik Działu Techniczno-Eksploatacyjnego i Zaopatrzenia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Administracyjno-Technicznych.

§ 82 Regulaminu skreślony

§ 83 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

„§ 83

1. Do podstawowych zadań Działu Ekonomiczno-Księgowego należy:
 - 1) prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami powszechnie obowiązującego prawa oraz przyjętymi zasadami rachunkowości,
 - 2) prowadzenie wewnętrznej kontroli finansowej,
 - 3) analiza i sprawozdawczość w zakresie należności i zobowiązań Szpitala;
 - 4) przygotowywanie i realizacja płatności na podstawie zatwierdzonych dokumentów księgowych,
 - 5) prowadzenie kasy,
 - 6) prowadzenie rachunku kosztów według miejsc ich powstawania zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) archiwizowanie dokumentów finansowo - księgowych i innych

- nośników informacji księgowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 8) realizacja i rozliczanie wypłat wynagrodzeń pracowniczych,
 - 9) przestrzeganie prawidłowego, zgodnego z przyjętymi zasadami obiegu dokumentów dotyczących gospodarki majątkiem trwałym i obrotowym,
 - 10) sporządzanie analiz dla potrzeb zarządczych.

2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Działu Ekonomiczno-Księgowego odpowiada Główny Księgowy.

Dział Rozliczeń i Statystyki Medycznej.

§ 84 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 84

1. Do zadań Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej należy:

- 1) nadzór nad prowadzeniem działań statystyki medycznej,
- 2) prowadzenie wszelkiej dokumentacji związanej z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia wymaganej przez zawarte umowy,
- 3) prowadzenie wszelkiej dokumentacji związanej z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia w formie elektronicznej,
- 4) przygotowanie ofert Szpitala na ogłoszone konkursy na świadczenia usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 5) prowadzenie karty statystycznej leczenia szpitalnego oraz jej przetwarzanie do formy elektronicznej,
- 6) opracowanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencji działu,
- 7) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem ksiąg związanych z pobytem chorego w szpitalu oraz kompletności historii choroby Pacjentów wypisanych i zmarłych,
- 8) nadzór nad przechowywaniem, udostępnianiem i brakowaniem dokumentacji medycznej oraz materiałów archiwalnych i akt,
- 9) tworzenie i analiza wyników na oddziałach szpitalnych, w poradniach i innych jednostkach szpitalnych,
- 10) analiza i nadzór nad poziomem realizacji świadczeń w oddziałach szpitalnych, poradniach, pracowniach i innych,
- 11) optymalizacja procesu kodowania i sprawozdawania zrealizowanych świadczeń zdrowotnych,
- 12) wycena procedur medycznych.

2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej

odpowiada jego Kierownik.

3. Kierownik Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi."

§ 86 Regulaminu przyjmuje brzmienie:

„§ 86

1. Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Naczelna Pielęgniarka kieruje pracą pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, sekretarek medycznych, rejestratorek oraz sanitariuszy.
3. Swoją funkcję wykonuje przy pomocy pielęgniarek i położnych oddziałowych.
4. Do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
 - 1) organizacja i nadzorowanie świadczenia całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej, położnych i ratowników medycznych w oddziałach, poradniach i działach Szpitala,
 - 2) przyjmowanie i prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawie skarg na pracę podległego personelu,
 - 3) usprawnianie metod i sposobów pielęgnowania, wprowadzanie standardów pielęgnowania, ocena jakości oraz wyznaczanie celów opieki pielęgniarskiej,
 - 4) określanie poziomu wymogów kwalifikacyjnych podległego personelu,
 - 5) szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - 6) rekrutacja osób na stanowiska pielęgniarskie, położnicze, ratowników medycznych i sekretarek medycznych oraz wnioskowanie w sprawach związanych z obsadzaniem stanowisk podległego personelu,
 - 7) organizowanie doskonalenia zawodowego pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych, nadzorowanie przebiegu praktyk zawodowych,
 - 8) nadzór nad prawidłową adaptacją zawodową,
 - 9) zapewnienie ciągłości procesu obsługi pacjenta poprzez organizację pracy podległego zespołu oraz koordynowanie prac związanych z obsługą pacjenta,
 - 10) ustalanie harmonogramów pracy, organizowanie zastępstw i nadzorowanie pracy rejestratorek i sekretarek medycznych,
 - 11) bieżąca współpraca z personelem medycznym, działem rozliczeń, księgowością i kadrami,
 - 12) zatwierdzanie harmonogramów pracy opracowanych przez pielęgniarki oddziałowe,
 - 13) przygotowywanie raportów, analiz i zestawień dotyczących opieki

- pielęgniarskiej,
- 14) kontrola dyscypliny pracy oraz wizytacje komórek działalności podstawowej Szpitala,
 - 15) realizacja zadań przynależnych Pełnomocnikowi ds. Jakości
 - 16) obsługa i nadzór nad przygotowaniem i prowadzeniem praktyk

§ 88 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

1. Specjalista ds. Promocji podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do głównych zadań Specjalisty ds. Promocji należy m.in.:
 - 1) prowadzenie działań z zakresu ogólnego marketingu wewnętrznego i zewnętrznego,
 - 2) tworzenie pozytywnego wizerunku Szpitala oraz reagowanie w sytuacjach kryzysowych,
 - 3) przeciwdziałanie hejtowi internetowemu oraz dezinformacji pseudomedycznej,
 - 4) przygotowywanie materiałów prasowych oraz publikacji na stronę internetową podmiotu,
 - 5) opracowywanie sprawozdań z wydarzeń z życia Szpitala, komunikacja z przedstawicielami mediów,
 - 6) promocja działalności Szpitala i jego poszczególnych komórek, poprzez opracowywanie materiałów informacyjnych, folderów, ulotek, kalendarzy itp., organizację akcji promujących zdrowy styl życia, szczepienia, walkę z uzależnieniami itp.,
 - 7) podejmowanie inicjatyw edukacyjno-szkoleniowych adresowanych do pacjentów i ich rodzin, dzieci i młodzieży, osób starszych oraz określonych grup pacjentów,
 - 8) współpraca z Pełnomocnikiem ds. Jakości
3. Zadania Specjalisty ds. Promocji realizowane mogą być przez podmiot zewnętrzny.

§ 90 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

„§ 90

1. Do zadań Koordynatora ds. Zarządzania Środowiskowego należy:
 - 1) prowadzenie spraw dotyczących wdrażania, przestrzegania i monitoringu ISO 14001 w zakresie zarządzania środowiskowego,
 - 2) kontrolowanie komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie przestrzegania i realizacji przepisów dotyczących gospodarki odpadami, ochrony środowiska i procedur ISO 14001,
 - 3) podejmowanie inicjatyw proekologicznych.
2. Koordynator ds. Zarządzania Środowiskowego podlega Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.”

§ 91 ust. 2 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

„§ 91

2. Specjalista ds. Zamówień Publicznych podlega Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.”

W § 95 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„§ 95

3. Obsługa prawna może być powierzana zewnętrznej kancelarii prawnej.”

§ 96 ust. 2 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

„§ 96

2. Kapelan podlega Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.”

Pełnomocnik ds. Jakości

§ 98 otrzymuje brzmienie:

„§ 98

1. Pełnomocnik ds. Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do obowiązków Pełnomocnika ds. Jakości należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie, że procesy potrzebne w systemach zarządzania są ustanowione, wdrożone i utrzymywane zgodnie z wymaganiami norm i zaplanowanymi ustaleniami,
 - 2) nadzór nad opracowywaniem, aktualizowaniem, przestrzeganiem procedur ZSZ, akredytacyjnych i innych zapewniających bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń,
 - 3) nadzorowanie realizacji audytów wewnętrznych,
 - 4) inicjowanie, nadzorowanie i koordynację prac związanych z opracowaniem, wdrożeniem, doskonaleniem, utrzymaniem, opiniowaniem i zatwierdzaniem zmian, działań doskonalących i naprawczych oraz dokumentacji ZSZ i polityki jakości,
 - 5) opracowanie i uaktualnianie planu poprawy jakości w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala,
 - 6) tworzenie struktury ZSZ odpowiedniej dla Szpitala oraz spójnej z całokształtem jego działalności,
 - 7) prowadzenie dokumentacji systemów zgodnie z przyjętymi normami oraz nadzorowanie dokumentacji jakościowej,
 - 8) koordynacja i nadzór nad działalnością zespołów i komitetów powołanych w celu spełniania standardów akredytacyjnych Ministerstwa Zdrowia,
 - 9) zapewnienie upowszechniania w Szpitalu świadomości dotyczącej wymaganych norm, wnioskowanie i organizowanie szkoleń dotyczących podnoszenia jakości i bezpieczeństwa opieki,

- 10) przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemów, ich zagrożeń i wszelkich potrzeb związanych z doskonaleniem,
- 11) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala jak i z instytucjami, organizacjami zewnętrznymi w zakresie powierzonych zadań, w tym z jednostkami normalizacyjnymi i certyfikacyjnymi,
- 12) zapewnienie skutecznej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej dotyczącej polityki jakości,
- 13) nadzorowanie procesów certyfikacji, recertyfikacji, akredytacji i innych zewnętrznych ocen w zakresie spełnienia określonych wymagań akredytacyjnych i ZSZ,
- 14) utrzymanie przyznanych certyfikatów, rozszerzanie ich przedmiotu lub zestawu spełnionych wymagań,
- 15) współudział w organizowaniu akcji profilaktycznych oraz promujących zachowania prozdrowotne oraz działalność Szpitala, ścisła współpraca ze Specjalistą ds. Promocji w tym zakresie.”

§ 2.

Załącznik nr 1 stanowi diagram graficzny.

§ 3.

1. Wykonanie zarządzenia powierzam zastępcom Dyrektora, Lekarzom kierującym oddziałami, kierownikom komórek organizacyjnych i samodzielny stanowiskom pracy Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie.
2. Zobowiązuję osoby wymienione w ust. 1 do zapoznania podległych pracowników z Regulaminem Organizacyjnym.
3. Treść Regulaminu Organizacyjnego jest dostępna we wszystkich komórkach organizacyjnych oraz na stronie internetowej Szpitala i BIP.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego
im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
[Podpis]
mgr Aneta Kaufka