



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie**

(ogłoszony Zarządzeniem nr 255 / 2023

**Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lublinie**

z dnia 04.12.2023 r.)

ROZDZIAŁ I	POSTANOWIENIA OGÓLNE
ROZDZIAŁ II	ZARZĄDZANIE PODMIOTEM
ROZDZIAŁ III	STRUKTURA ORGANIZACYJNA
ROZDZIAŁ IV	TWORZENIE WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH I ZAWIERANIE UMÓW
ROZDZIAŁ V	PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
Podrozdział 1.	Przyjęcie pacjenta
Podrozdział 2.	Pobyt w Szpitalu
Podrozdział 3.	Wypis pacjenta
Podrozdział 4.	Przeniesienie pacjenta do innego podmiotu leczniczego
Podrozdział 5.	Postępowanie w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub w razie jego śmierci
Podrozdział 6.	Transport sanitarny
Podrozdział 7.	Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej i udzielenie informacji zakładom ubezpieczeń
Podrozdział 8.	Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat
Podrozdział 9.	Monitoring wizyjny
ROZDZIAŁ VI	ORGANIZACJA, ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA
Podrozdział 1.	Zadania jednostek i komórek organizacyjnych poszczególnych zakładów leczniczych Szpitala
Podrozdział 2.	Zadania komórek organizacyjnych obsługujących zakłady lecznicze
Podrozdział 3.	Współdziałanie jednostek i komórek organizacyjnych Podmiotu
ROZDZIAŁ VII	WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI. LECZENIA.
ROZDZIAŁ VIII	SKARGI I WNIOSKI
ROZDZIAŁ IX	POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Załączniki:

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego – Schemat organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie

Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego – Schemat organizacyjny jednostek Zakładów Leczniczych oraz innych komórek podległych Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w lokalizacji przy al. Kraśnickiej 100 w Lublinie, ul. Herberta 21 w Lublinie, ul. Biernackiego 9/ul. Sieroca 2B w Lublinie, ul. Lubartowskiej 81 w Lublinie.

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Regulamin organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie, zwany dalej „Regulaminem” określa:
 - 1) cele i zadania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie;
 - 2) rodzaj działalności leczniczej, miejsce oraz zakres udzielania świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 3) strukturę organizacyjną, w tym organizację oraz zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, a także sposób kierowania tymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi oraz sposób ich współdziałania;
 - 4) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 5) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością oraz organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - 6) zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - 7) postępowanie w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub w razie jego śmierci oraz wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
 - 8) prawa i obowiązki pacjenta;
 - 9) zasady składania skarg i wniosków;
 - 10) zasady zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne.
2. Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników/współpracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie oraz osób przebywających w ww. podmiocie leczniczym, w tym pacjentów korzystających z udzielanych świadczeń zdrowotnych.

§ 2

W rozumieniu niniejszego Regulaminu określenie:

- 1) Podmiot/Szpital – oznacza Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie;
- 2) Statut - oznacza Statut Podmiotu;
- 3) Dyrektor – oznacza Dyrektora Podmiotu (kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą);
- 4) Zakład leczniczy – oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego Podmiot wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;
- 5) jednostka organizacyjna – oznacza wyodrębnioną w Regulaminie część Zakładu leczniczego Podmiotu;
- 6) komórka organizacyjna – oznacza w szczególności: oddział, dział, sekcję, poradnię, pracownię oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Podmiotu, dla której ustalono inną nazwę;

- 7) oddział – oznacza podstawową komórkę organizacyjną diagnostyczno-leczniczo-profilaktycznej działalności Podmiotu;
- 8) świadczenie zdrowotne – oznacza działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 9) świadczenie szpitalne – oznacza wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 10) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – oznacza świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu;
- 11) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – oznacza świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
- 12) lekarz kierujący/ordynator – oznacza lekarza zarządzającego danym oddziałem i odpowiedzialnego za jego prawidłowe funkcjonowanie; ilekroć mowa w niniejszym regulaminie o lekarzu kierującym/ordynatorze mowa również o lekarzu pełniącym w zastępstwie powyższą funkcję podczas nieobecności lekarza kierującego/ordynatora, w tym pierwszym lekarzu dyżurnym;
- 13) lekarz dyżurny – oznacza lekarza zabezpieczającego świadczenia zdrowotne poza godzinami normalnej ordynacji, czyli poza obowiązującym rozkładem czasu pracy w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w komórkach organizacyjnych Podmiotu;
- 14) pracownik – oznacza osobę zatrudnioną w Szpitalu rozumieniu przepisów Kodeksu pracy;
- 15) współpracownik – oznacza osobę, która pozostaje w stosunku cywilnoprawnym ze Szpitalem. Ilekroć jest mowa w treści niniejszego Regulaminu o pracowniku to rozumie się przez to odpowiednio współpracownika;
- 16) zespół pomieszczeń pielęgnacyjnych – oznacza pomieszczenia pielęgnacyjne według załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

§ 3

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą funkcjonującym jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
2. Podmiot działa na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 3) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 4) Statutu Podmiotu;
 - 5) innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
 - 6) niniejszego Regulaminu.

§ 4

Obszar działania Podmiotu na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określają umowy zawarte z dysponentami tych środków.

§ 5

Celem Podmiotu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) promocji zdrowia.

§ 6

1. Do zadań Podmiotu należy:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
 - 2) realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;
 - 3) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową oraz obronnością kraju;
 - 4) wykonywanie zadań zleconych przez organy administracji rządowej i samorządowej.
2. Podmiot prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne;
 - 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;
 - 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
3. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje:
 - 1) leczenie stacjonarne oraz leczenie stacjonarne jednego dnia ;
 - 2) leczenie ambulatoryjne specjalistyczne;
 - 3) podstawową opiekę zdrowotną;
 - 4) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
 - 5) diagnostykę laboratoryjną;
 - 6) diagnostykę obrazową;
 - 7) rehabilitację leczniczą;
 - 8) pomoc doraźną i medycynę ratunkową;
 - 9) programy zdrowotne, profilaktyka i zdrowie publiczne.

§ 7

1. Podmiot prowadzi wyodrębnioną organizacyjnie działalność, inną niż lecznicza, polegającą na:
 - 1) sprzedaży, najmie i dzierżawie mienia Zakładu;
 - 2) obrocie detalicznym produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, kosmetykami i artykułami toaletowymi;
 - 3) uczestnictwie w prowadzeniu badań klinicznych;
 - 4) uczestnictwie w prowadzeniu badań naukowych lub badawczo-rozwojowych;
 - 5) świadczeniu usług :
 - a) transportowych i parkingowych,
 - b) sterylizacji i dezynfekcji,
 - c) edukacyjno-szkoleniowych i doradczych,
 - d) kserograficznych,
 - e) w zakresie utylizacji odpadów,
 - f) hotelowych,
 - g) gastronomicznych,
 - h) naprawy i konserwacji sprzętu i urządzeń,
 - i) wodociągowo-kanalizacyjnych,
 - j) pralniczych;
 - 6) wytwarzaniu i zaopatrywaniu w parę wodną i gorącą wodę;

- 7) wydawaniu opinii lekarskich na zlecenie organów wymiaru sprawiedliwości, organów ścigania przestępstw, służb więziennych, celnych, instytucji ubezpieczeniowych i innych instytucji.
2. Działalność wymieniona w ust. 1 niniejszego paragrafu może być prowadzona przez Podmiot przy uwzględnieniu treści art. 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz zasad dotyczących zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie uchwalonych przez Sejmik Województwa Lubelskiego w trybie art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
3. Podmiot realizuje zadania obronne zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny oraz przepisami wykonawczymi, wydanymi na jej podstawie.

§ 8

Sposób postępowania z dokumentacją wytworzoną i przechowywaną w Podmiocie regulują wewnętrzne przepisy kancelaryjno-archiwalne ustalone przez Dyrektora Podmiotu, zatwierdzone przez Archiwum Państwowe.

§ 9

Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa regulamin pracy Podmiotu ustalony przez Dyrektora Podmiotu zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa w tym zakresie.

ROZDZIAŁ II ZARZĄDZANIE PODMIOTEM

§ 10

1. Podmiotem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor Podmiotu.
2. Dyrektor Podmiotu podejmuje decyzje dotyczące Podmiotu niezastrzeżone przepisami powszechnie obowiązującego prawa dla innych organów oraz ponosi odpowiedzialność za ich podjęcie.
3. Podczas nieobecności Dyrektora Podmiotu zastępstwo pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, w następnej kolejności Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych, a w przypadku nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych w następnej kolejności Główny Księgowy.
4. Dyrektor Podmiotu jest przełożonym wszystkich pracowników Podmiotu.

§ 11

Dyrektor kieruje Podmiotem w szczególności przy pomocy:

- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 2) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych;
- 3) Naczelnej Pielęgniarki;
- 4) Głównego Księgowego;
- 5) Pełnomocników, Koordynatorów i Kierowników komórek organizacyjnych oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.

§ 12

Do podstawowych zadań Dyrektora należy w szczególności:

- 1) reprezentowanie Podmiotu na zewnątrz;
- 2) zapewnienie sprawnego kierowania i prawidłowego nadzoru nad funkcjonowaniem wszystkich komórek organizacyjnych Podmiotu;

- 3) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych związanych z funkcjonowaniem Podmiotu, w szczególności zarządzeń, poleceń służbowych, komunikatów i decyzji;
- 4) planowanie i nadzorowanie działalności Podmiotu, w szczególności opracowywanie i ustalanie strategii, okresowych planów działalności Podmiotu, zwłaszcza planów rozwojowych, inwestycyjnych, okresowych ekonomiczno-finansowych, zatrudnienia oraz dotyczących zakresu i rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) podejmowanie czynności z zakresu prawa pracy, w tym dotyczących nawiązywania i rozwiązywania stosunku pracy wobec wszystkich pracowników Podmiotu;
- 6) opracowanie stałego systemu kontroli sytuacji ekonomicznej Podmiotu, nadzór nad sporządzaniem analiz, prognoz oraz akceptowanie i wdrażanie propozycji przedsięwzięć zmierzających do eliminacji nieprawidłowości;
- 7) rozstrzyganie sporów kompetencyjnych pomiędzy swoimi Zastępcami oraz podległymi mu bezpośrednio stanowiskami;
- 8) ustalanie Regulaminu Pracy, Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz Regulaminu Wynagradzania zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa w tym zakresie;
- 9) współpraca z organizacjami związków zawodowych i samorządu zawodowego działającymi w Podmiocie;
- 10) aprobata materiałów opracowywanych na rzecz organów administracji rządowej, samorządowej i innych organów;
- 11) realizacja zaleceń pokontrolnych;
- 12) powoływanie komisji i innych zespołów w oparciu o przepisy szczegółowe oraz ustalanie ich składów osobowych;
- 13) dysponowanie środkami finansowymi oraz mieniem Podmiotu;
- 14) nadzór nad pozyskiwaniem funduszy na finansowanie działalności bieżącej i inwestycyjnej;
- 15) administrowanie Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych Podmiotu;
- 16) nadzór nad zadaniami realizowanymi przez podległe sobie komórki organizacyjne;
- 17) zapewnienie pracownikom Podmiotu bezpiecznych i higienicznych warunków pracy;
- 18) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Podmiotem, wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

§ 13

Dyrektorowi podlegają bezpośrednio:

- 1) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 2) Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych;
- 3) Naczelną Pielęgniarką;
- 4) Główny Księgowy;
- 5) Dział Inwestycji, Pozyskiwania i Rozliczania Środków Zewnętrznych;
- 6) Dział Kadr i Płac;
- 7) Dział Organizacyjno-Prawny;
- 8) Dział Zamówień Publicznych i Zakupów;
- 9) Zespół Radców Prawnych;
- 10) *wykreślono*;
- 11) Inspektor Ochrony Danych;
- 12) Inspektor Ochrony Radiologicznej;
- 13) Kapelan;
- 14) Koordynator do Spraw Dostępności;
- 15) Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
- 16) Rzecznik Prasowy;
- 17) Sekretarka/Asystent;
- 18) Specjalista ds. Szkoleń;
- 19) Starszy Inspektor ds. Obronnych i Rezerw;

- 20) Audytor wewnętrzny;
- 21) Pralnia;
- 22) Zespół ds. BHP.

§ 14

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy organizowanie i nadzorowanie całości zadań Podmiotu dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia oraz kształcenia osób wykonujących zawody medyczne, a w szczególności:
 - 1) opracowywanie w uzgodnieniu z Dyrektorem Podmiotu modelu funkcjonalnego Podmiotu, dotyczącego organizacji, zatrudnienia kadry medycznej oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną podporządkowanych jednostek i komórek organizacyjnych Podmiotu;
 - 2) uczestniczenie w przygotowywaniu długo-, średnio- i krótkoterminowych planów finansowych Podmiotu w oparciu o zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
 - 3) dokonywanie podziału czynności w zakresie zadań pionu lecznictwa Podmiotu określonych w niniejszym Regulaminie z uwzględnieniem zapewnienia:
 - a) odpowiedniej jakości i poziomu działalności leczniczej Podmiotu szczególnie w zakresie poziomu ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom;
 - b) odpowiedniego zaopatrzenia w leki i artykuły sanitarne;
 - c) właściwego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.
 - 4) nadzór oraz koordynacja prawidłowego toku pracy podporządkowanych zakładów, działów oraz jednostek działalności podstawowej, w tym m.in.:
 - a) nadzór i kierowanie działalnością izb przyjęć, oddziałów szpitalnych i bloków operacyjnych;
 - b) nadzór nad działalnością poradni specjalistycznych i pracowni;
 - c) nadzór nad działalnością zakładów opiekuńczo-leczniczych;
 - d) nadzór nad działalnością jednostek diagnostyki medycznej i pozostałych jednostek działalności podstawowej;
 - e) nadzór nad pracą Apteki/Apteki Szpitalnej, Działu Epidemiologii, Działu Organizacji Świadczeń Medycznych i Dokumentacji, Transfuzjologa Szpitalnego;
 - 5) wyznaczanie na czas nieobecności swojego zastępcy spośród lekarzy specjalistów oraz ustalanie zakresu jego obowiązków;
 - 6) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu sprawozdań z działalności kierowanego pionu i bieżące sygnalizowanie problemów wymagających rozwiązania;
 - 7) podejmowanie działań zmierzających do racjonalnej redukcji kosztów leczenia, w szczególności:
 - a) podejmowanie działań zmierzających do pozyskiwania środków finansowych z funduszy zewnętrznych;
 - b) kontrolowanie realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
 - c) dokonywanie okresowych wizytacji wszystkich komórek Podmiotu, szczególnie w zakresie:
 - c1. zapewnienia odpowiedniego poziomu usług medycznych oraz bezpieczeństwa pacjentów przebywających w Podmiocie;
 - c2. stanu porządkowego i higieniczno-sanitarnego pomieszczeń Podmiotu;
 - c3. wrywkowe kontrolowanie prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem dokładności, rzetelności i terminowości jej sporządzania oraz należytego przechowywania i archiwizowania;
 - 8) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta;
 - 9) prowadzenie nadzoru nad sprawozdawczością medyczną oraz zapewnienie i zabezpieczenie właściwego obiegu dokumentacji medycznej, kontroli jej sporządzania, gromadzenia i przechowywania;

- 10) czuwanie nad racjonalnym wykorzystywaniem łóżek szpitalnych, urządzeń oraz wyposażenia medycznego Podmiotu;
 - 11) sprawowanie nadzoru nad gospodarką lekami i podejmowanie odpowiednich wniosków dla zapewnienia prawidłowej gospodarki lekami i wyrobami medycznymi oraz innymi produktami wykorzystywanymi w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w Podmiocie;
 - 12) nadzór nad właściwym opracowywaniem i przygotowywaniem przez podległych pracowników materiałów wyjściowych do przeprowadzenia procedury zamówień publicznych na zrealizowanie zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną, leki i artykuły sanitarne;
 - 13) nadzór i koordynacja nad wprowadzaniem innowacyjnych metod leczenia w Podmiocie oraz nad badaniami klinicznymi.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w stosunku do podległych pracowników należy w szczególności:
- 1) wydawanie poleceń służbowych, udzielanie wskazówek i wytycznych podległym pracownikom w zakresie przydzielonych im zadań służbowych;
 - 2) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem przez podległych pracowników/współpracowników wszystkich przydzielonych im zadań, zwłaszcza w zakresie opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentami;
 - 3) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników ustalonego w Podmiocie porządku i dyscypliny pracy oraz tajemnicy służbowej;
 - 4) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników reżimu sanitarnego, przepisów przeciwpożarowych oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym używania odzieży roboczej i ochronnej;
 - 5) nadzór nad planowaniem przez kierowników podległych komórek organizacyjnych potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie dokształcania zawodowego, specjalizacji oraz szkoleń bhp i ppoż.;
 - 6) nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji, staży podyplomowych i innych form kształcenia personelu medycznego.
3. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy również:
- 1) współpraca z pionem administracyjno-technicznym w zakresie zaopatrzenia Podmiotu w sprzęt i aparaturę medyczną, artykuły medyczne, farmaceutyczne, żywnościowe i gospodarcze niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Podmiotu;
 - 2) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu w zakresie działalności pionu lecznictwa;
 - 3) współpraca z innymi szpitalami w zakresie spraw dotyczących działalności medycznej Podmiotu;
 - 4) prowadzenie konsultacji ze specjalistami wojewódzkimi, kierownikami oddziałów oraz lekarzami zatrudnionymi w województwie lubelskim;
 - 5) współpraca z samorządami zawodowymi;
 - 6) nawiązywanie kontaktów z ośrodkami akademickimi w kraju i za granicą.

§ 15

Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają bezpośrednio:

- 1) Zakład Leczniczy: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny z wyłączeniem komórki Centralna Sterylizatornia/Sterylizatornia;
- 2) Zakład Leczniczy: Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna;
- 3) Zakład Leczniczy: Zakład Opiekuńczo Leczniczy, z komórkami organizacyjnymi: zakłady opiekuńczo-lecznicze nr 1, 2 i 3;
- 4) Dział Organizacji Świadczeń Medycznych i Dokumentacji;
- 5) Dział Epidemiologii;
- 6) Apteka Szpitalna;
- 7) Transfuzjolog Szpitalny;

- 8) Centrum Edukacyjne Robotyki Operacyjnej;
- 9) Dział Żywienia.

§ 16

Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należy:

- 1) nadzór nad realizacją programu dostosowawczego Podmiotu do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia Podmiotu stosownie do przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- 2) nadzór nad funkcjonowaniem systemów informatycznych, utrzymanie ich w pełnej funkcjonalności w zakresie medycznym i administracyjnym;
- 3) nadzór nad funkcjonowaniem systemu informatycznego KLAR wspomagającego administrowanie Podmiotu w procesie nadzoru nad sprzętem medycznym;
- 4) przygotowywanie i realizacja inwestycji w zakresie informatycznych systemów Szpitala;
- 5) nadzór nad przygotowaniem założeń technicznych do przeprowadzania procedury przetargowej zakupu sprzętu medycznego ze szczególnym uwzględnieniem warunków montażu, serwisowania i napraw, kosztów materiałów eksploatacyjnych oraz świadectw dopuszczenia do stosowania i niezbędnych atestów;
- 6) nadzorowanie utrzymania w ruchu sprzętu i aparatury medycznej poprzez zabezpieczenie prawidłowej jej konserwacji i niezbędnych napraw;
- 7) nadzorowanie prawidłowości realizacji umów w zakresie konserwacji i naprawy sprzętu medycznego;
- 8) nadzór w zakresie realizacji nakazów i zaleceń organów ochrony ppoż. oraz inspekcji sanitarnej, opracowywanie i wdrażanie w tym zakresie zmian;
- 9) przygotowanie i wdrożenie zasad utrzymania czystości w pomieszczeniach Podmiotu, ze szczególnym uwzględnieniem zasad sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 10) nadzór nad prawidłową realizacją umów zabezpieczających usługi na rzecz Podmiotu szczególnie w zakresie usług pralniczych;
- 11) nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem dostępu do budynków Podmiotu poprzez opracowanie i wdrożenie zasad funkcjonujących w tym zakresie we wszystkich lokalizacjach Podmiotu;
- 12) bieżąca współpraca z Głównym Księgowym w zakresie nadzorowania spraw z zakresu kompetencyjnego, a szczególnie dotyczących realizacji planu finansowego;
- 13) nadzór nad prawidłowym wykonywaniem zadań przez podległe sobie komórkami organizacyjne i samodzielne stanowiska;
- 14) współpraca w zakresie realizacji projektów współfinansowanych lub finansowanych z funduszy zewnętrznych, w tym funduszy Unii Europejskiej;
- 15) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu sprawozdań z działalności kierowanego pionu i bieżące sygnalizowanie problemów wymagających rozwiązania;
- 16) uczestniczenie w przygotowywaniu długo-, średnio- i krótkoterminowych planów finansowych Podmiotu dotyczących rozwoju Podmiotu w zakresie dostosowawczym obiektów i/lub pomieszczeń dla potrzeb pacjentów, celem usprawnienia procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 17) opracowywanie i wdrażanie koncepcji pod kątem innowacyjnych rozwiązań w przestrzeni funkcjonalno – organizacyjnej Szpitala i jego informatyzacji pod kątem szeroko rozumianej dostępności.

§ 17

Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych podlegają bezpośrednio:

- 1) Centralna Sterylizatornia i Sterylizatornia;
- 2) Dział Administracyjno-Gospodarczy;
- 3) Dział Aparatury Medycznej;
- 4) Dział Higieny Szpitalnej;

- 5) Dział Informatyki;
- 6) Służba Ochrony Szpitala;
- 7) Specjalista ds. Przeciwpożarowych;
- 8) Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej.

§ 18

Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:

- 1) określenie rodzaju stanowisk pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz planu zatrudnienia podległego personelu pielęgniarskiego, położniczego, ratowników medycznych i opiekunów medycznych;
- 2) szacowanie zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie, położnicze, ratowników medycznych i opiekunów medycznych oraz uczestniczenie w naborze w grupach zawodowych w/w personelu;
- 3) określenie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień podległego personelu;
- 4) nadzorowanie realizacji programu adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników w podległych grupach zawodowych;
- 5) diagnozowanie i rozwiązywanie problemów organizacyjnych Podmiotu celem zapewnienia sprawnej opieki medycznej nad pacjentami z uwzględnieniem kosztów w tym zakresie;
- 6) zarządzanie i organizowanie pracy podległego personelu;
- 7) kontrolowanie prawidłowości sporządzania i przechowywania przez podległy personel dokumentacji medycznej;
- 8) uczestniczenie w opracowywaniu i doskonaleniu systemu wynagradzania, oceniania i motywowania podległych pracowników;
- 9) rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących pracy podległego personelu;
- 10) nadzór nad planowaniem przez pielęgniarki oddziałowe/ pielęgniarki koordynujące, ratowników medycznych potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie doskonalenia kwalifikacji, opracowywania kierunków i form szkolenia wewnątrzzakładowego oraz kierowanie podległego personelu na szkolenia i kursy;
- 11) organizowanie okresowych zebrań z podległym personelem oraz szkoleń ukierunkowanych na podnoszenie jakości udzielanych świadczeń;
- 12) uczestniczenie w planowaniu strategicznym Podmiotu poprzez wyznaczenie dla podległego personelu zadań, terminów i sposobów ich wykonania;
- 13) opracowywanie i wdrażanie programów zapewniających oczekiwaną jakość świadczeń medycznych realizowanych przez podległy personel;
- 14) nadzór nad właściwą pracą Działu Dietetyki pod kątem jakości żywienia z uwzględnieniem zasad żywienia dedykowanego dla danego rodzaju pacjenta;
- 15) współpraca z Zastępcami Dyrektora oraz kierownikami komórek organizacyjnych Podmiotu i pracownikami zatrudnionymi na samodzielnych stanowiskach;
- 16) koordynowanie współpracy podległego personelu z innymi pracownikami Podmiotu;
- 17) współpraca z samorządami zawodów medycznych, w tym m.in.: samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych oraz z uczelniami medycznymi i innymi podmiotami prowadzącymi doskonalenie zawodowe.

§ 19

1. Naczelnej Pielęgniarce bezpośrednio podlegają:

- 1) Zastępca Naczelnej Pielęgniarki;
- 2) Pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki koordynujące, położne oddziałowe, położne koordynujące, Zastępcy Kierownika ds. Pielęgniarstwa;
- 3) Dział Dietetyki;
- 4) Pielęgniarka/Pielęgniarz ds. Socjalnych Pacjentów;

2. Zakres zadań i kompetencji Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki określa Naczelna Pielęgniarka. Jeśli Naczelna Pielęgniarka nie może pełnić swoich obowiązków służbowych, zakres

zastępstwa rozciąga się na wszystkie jej zadania i kompetencje w zakresie Naczelnej Pielęgniarki.

3. Naczelnej Pielęgniarence pośrednio podlegają:
 - 1) ratownicy medyczni;
 - 2) opiekunowie medyczni.

§ 20

1. Do zadań Głównego Księgowego należy:
 - 1) aktywny udział w ustalaniu i realizacji polityki finansowej Podmiotu;
 - 2) informowanie Dyrektora Podmiotu o aktualnej kondycji finansowej Podmiotu, możliwości zwiększenia efektywności finansowej, planowanych działaniach i prognozach;
 - 3) tworzenie bieżącej oraz długoterminowej strategii finansowej Podmiotu;
 - 4) kontrolowanie zgodności realizowanych działań z przyjętą strategią i wyznaczonymi celami;
 - 5) przestrzeganie w bieżącej działalności przepisów prawa;
 - 6) działanie zgodnie z postanowieniami Statutu Podmiotu;
 - 7) przestrzeganie przepisów prawa mających zastosowanie w prowadzonej działalności Podmiotu;
 - 8) dążenie do uzyskania w pracy jak najlepszych wyników i podejmowanie w tym kierunku odpowiednich działań z wykorzystaniem posiadanego doświadczenia i wiedzy;
 - 9) powiadamianie Dyrektora Podmiotu o wszelkiego rodzaju nadużyciach i działalności na szkodę Podmiotu;
 - 10) kierowanie i koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych oraz sprawowanie nadzoru i kontroli nad ich prawidłową działalnością;
 - 11) terminowe i rzetelne wykonywanie powierzonych obowiązków;
 - 12) współpraca z organizacjami związkowymi działającymi w Podmiocie;
 - 13) poszukiwanie rozwiązań zapewniających optymalną rentowność Podmiotu;
 - 14) nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z przygotowaniem i realizacją planu finansowego Podmiotu;
 - 15) nadzorowanie prac związanych z terminowym przygotowaniem wniosku dotyczącego zatwierdzenia sprawozdania finansowego Podmiotu przez Podmiot tworzący;
 - 16) kontrolowanie kosztów działalności poszczególnych komórek i jednostek organizacyjnych Podmiotu pod kątem planu finansowego;
 - 17) ocena ryzyka finansowego inwestycji, transakcji, lokat, rekomendowanie inwestycji;
 - 18) koordynowanie i nadzorowanie systemu sprawozdawczości finansowej;
 - 19) opracowywanie, analizowanie i realizowanie krótko-, średnio- i długoterminowych strategii i planów finansowych Podmiotu;
 - 20) nadzorowanie zgodności procedur finansowych z obowiązującymi przepisami prawnymi;
 - 21) nadzorowanie systemu zbierania i przepływu danych finansowych w Podmiocie;
 - 22) współpraca z urzędami i instytucjami finansowymi;
 - 23) koordynowanie negocjacji warunków lokat, kredytów, zatwierdzeń płatności;
 - 24) nadzorowanie działań finansowych Podmiotu;
 - 25) okresowe ustalanie i sprawdzanie drogą rozliczenia inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów;
 - 26) ustalanie wyniku finansowego;
 - 27) przedkładanie comiesięcznych raportów z realizacji planu finansowego Podmiotu;
 - 28) nadzorowanie prawidłowości rozliczeń podatkowych;
 - 29) gromadzenie i przechowywanie dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji przewidzianej przepisami o rachunkowości i innymi przepisami prawa;
 - 30) nadzór nad prawidłowym i terminowym obiegiem dokumentów księgowych.
2. Do zadań Głównego Księgowego w zakresie obowiązków związanych z realizacją przepisów dotyczących sektora finansów publicznych należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości Podmiotu i wszelkich ewidencji księgowych;

- 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
 - 3) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
 - 4) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
 - 5) aktywny udział w ustalaniu i realizacji polityki finansowej Podmiotu;
 - 6) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi;
 - 7) sporządzanie w ramach stałego systemu kontroli sytuacji ekonomicznej Podmiotu: okresowych analiz, prognoz i opracowywanie na ich podstawie propozycji przedsięwzięć zmierzających do eliminacji nieprawidłowości;
 - 8) nadzór nad prowadzeniem księgowości, kasy, ewidencji analitycznej kosztów, ewidencji ilościowo-wartościowej składników majątkowych Podmiotu;
 - 9) bieżące informowanie Dyrektora Podmiotu o stopniu realizacji przychodów i rozchodów;
 - 10) sporządzanie sprawozdawczości obowiązującej Dział Finansowo-Księgowy;
 - 11) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Podmiotu, dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności:
 - a) zakładowego planu kont;
 - b) obiegu dokumentów (dowodów księgowych);
 - c) zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji;
 - 12) zatwierdzanie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Podmiot;
 - 13) parafowanie wszelkich umów dotyczących zobowiązań finansowych zawieranych przez Podmiot.
3. Głównemu Księgowemu bezpośrednio podlegają:
- 1) Zastępca Głównego Księgowego;
 - 2) Dział Finansowo-Księgowy.
4. Zakres zadań i kompetencji Zastępcy Głównego Księgowego określa Główny Księgowy. Jeśli Główny Księgowy nie może pełnić swoich obowiązków służbowych, zakres zastępstwa rozciąga się na wszystkie jego zadania i kompetencje.
5. W celu realizacji swoich zadań Główny Księgowy ma prawo żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych Podmiotu oraz kierowników jednostek organizacyjnych udzielania w formie ustnej lub pisemnej niezbędnych informacji i wyjaśnień oraz udostępnienia do wglądu dokumentów i wycieczek będących źródłem tych informacji i wyjaśnień celem zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej i ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej.

§ 21

1. Jednostkami i komórkami organizacyjnymi kierują i ponoszą odpowiedzialność za ich pracę kierownicy albo kierownicy przy pomocy swoich zastępców.
2. Dyrektor Podmiotu może powierzyć kierownikowi kierowanie więcej niż jedną komórką organizacyjną.
3. W przypadku niepowołania przez Dyrektora Podmiotu kierowników poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych, Dyrektor kieruje zadaniami tych jednostek lub komórek organizacyjnych samodzielnie lub za pośrednictwem upoważnionego pracownika.
4. Komórki organizacyjne mogą być podzielone na Sekcje.
5. Sekcjami kieruje kierownik komórki organizacyjnej lub jego zastępca. Zastępca kierownika komórki organizacyjnej może kierować jedną lub więcej niż jedną Sekcją.

§ 22

1. Oddziałem kieruje lekarz kierujący lub ordynator.

2. Lekarze kierujący/ordynatorzy sprawują merytoryczny nadzór nad przypisanymi im poradniami specjalistycznymi.
3. Dyrektor Podmiotu może powierzyć lekarzowi kierującego oddziałem/ordynatorowi kierowanie więcej niż jednym oddziałem.
4. Dyrektor Podmiotu może powierzyć lekarzowi kierującemu oddziałem/ordynatorowi kierowanie inną komórką organizacyjną niż oddział.

§ 23

1. Pielęgniarka/położna oddziałowa/koordynująca odpowiada za pracę pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych.
2. Pielęgniarka/położna oddziałowa/koordynująca może odpowiadać za pracę pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, więcej niż jednego oddziału.

§ 24

Organami doradczymi i opiniodawczymi Dyrektora są w szczególności:

- 1) Rada Społeczna;
- 2) Komitet Terapeutyczny;
- 3) Komitet Transfuzjologiczny;
- 4) Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- 5) Komitet ds. Jakości.

§ 25

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Samorządu Województwa Lubelskiego i doradczym Dyrektora Podmiotu.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej, Statut Podmiotu oraz Regulamin Rady Społecznej.

§ 26

Do zadań Komitetu Terapeutycznego należy w szczególności:

- 1) opracowanie receptariusza szpitalnego i jego weryfikacja raz w roku;
- 2) wprowadzanie nowych leków do receptariusza na pisemny uzasadniony wniosek lekarzy;
- 3) analizowanie leczenia przeciwbakteryjnego co najmniej dwukrotnie w ciągu roku i współudział w opracowywaniu wytycznych w tym zakresie we współpracy z zespołem ds. zakażeń zakładowych;
- 4) ocena skuteczności i kosztów leczenia zakażeń wewnątrzszpitalnych;
- 5) koordynowanie zagadnień związanych ze zdarzeniami niepożądanymi leków stosowanych u pacjentów we współpracy z Zespołem ds. monitorowania i analizy zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w Podmiocie;
- 6) współudział w przygotowaniu szkoleń personelu dotyczących farmakoterapii;
- 7) rozpatrywanie innych spraw związanych ze stosowaniem farmakoterapii w Podmiocie.

§ 27

Do zadań Komitetu Transfuzjologicznego należy w szczególności:

- 1) dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia, nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy;
- 2) analiza zużycia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń;
- 3) nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią oraz nadzór nad dokumentacją z tym związaną;
- 4) ocena stosowanej metodyki przetoczeń, określonej w odpowiednich przepisach prawa powszechnie obowiązującego;
- 5) analiza każdego powikłania przetoczeniowego wraz z oceną postępowania;

- 6) analiza raportów dotyczących wszelkich nieprzewidzianych zdarzeń, a w szczególności błędów i wypadków związanych z przetoczeniem;
- 7) opracowanie programu kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych w dziedzinie leczenia krwią i nadzór nad jego realizacją;
- 8) udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia.

§ 28

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy w szczególności:

- 1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych;
- 3) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń oraz chorób zakaźnych w szpitalu.

§ 29

Do zadań Komitetu ds. Jakości należy w szczególności:

- 1) ocena poziomu jakości w Szpitalu;
- 2) opracowanie założeń programu poprawy jakości;
- 3) powołanie zespołów zadaniowych do opracowania, wdrożenia i nadzór nad aktualizacją standardów akredytacyjnych;
- 4) opracowanie harmonogramu realizacji zadań;
- 5) opracowanie i wdrożenie procedur postępowania w oparciu o wymogi akredytacyjne;
- 6) monitorowanie i ocena wprowadzonych zmian w celu poprawy jakości.

ROZDZIAŁ III STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§ 30

Podmiot prowadzi następujące Zakłady Lecznicze w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej:

- 1) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne;
- 2) Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna – dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne;
- 3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy – dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.

§ 31

W skład Zakładu Leczniczego – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, w lokalizacji przy al. Kraśnickiej 100 w Lublinie, wchodzi:

- 1) Jednostka organizacyjna: Szpital, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - a) Centralny Trakt Operacyjny (w tym sala operacyjna robotyki);
 - b) Kliniczny Oddział Toksykologiczno-Kardiologiczny;
 - c) Oddział Alergologii i Chorób Płuc;
 - d) Oddział Chirurgii Naczyniowej;
 - e) Oddział Chirurgii Ogólnej;
 - f) Oddział Chirurgii Piersi;
 - g) Oddział Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii;
 - h) Oddział Dziecięcy;
 - i) Oddział Gastroenterologii;

- j) Oddział Ginekologii i Położnictwa;
 - k) Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii;
 - l) Oddział Kardiologii
 - l1. Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
 - l2. Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej
 - l3. Pododdział Kardiochirurgii;
 - m) Oddział Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego;
 - n) Oddział Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka;
 - o) Oddział Neurologiczny
 - o1. Pododdział Udarowy;
 - p) Oddział Neurochirurgii;
 - q) Oddział Onkologii Klinicznej;
 - r) Oddział Otolaryngologiczny Chirurgii Głowy i Szyi
 - r1. Pododdział Leczenia Jednego Dnia;
 - s) Oddział Rehabilitacyjny
 - s1. Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej;
 - t) Oddział Urazowo-Ortopedyczny;
 - u) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej z Centrum Leczenia Kamicy Układu Moczowego;
 - v) Szpitalny Oddział Ratunkowy;
 - w) Pracownia Angiografii i Hemodynamiki;
 - x) Pracownia Echokardiografii;
 - y) Pracownia Badań Ultrasonograficznych;
 - z) Pracownia Echokardiografii Płodu;
 - aa) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów;
 - bb) Pracownia Elektroterapii i Elektrofizjologii.
- 2) Komórki organizacyjne Zakładu Leczniczego:
- a) Apteka Szpitalna;
 - b) Dział Epidemiologii;
 - c) Dział Żywienia;
 - d) Centralna Sterylizatornia/Sterylizatornia;
 - e) Centrum Edukacyjne Robotyki Operacyjnej.

§ 32

W skład Zakładu Leczniczego – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, również wchodzi:

- 1) Jednostka organizacyjna: Szpital, w lokalizacji przy ul. Biernackiego 9/ ul Sieroca 2B, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - a) Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych;
 - b) Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych dla Dzieci;
 - c) Oddział Chorób Zakaźnych dla Dorosłych;
 - d) Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych dla Dorosłych;
 - e) Oddział Medycyny Paliatywnej;
 - f) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy.

- 2) Jednostka organizacyjna: Szpital, w lokalizacji przy ul. Herberta 21, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - a) Oddział Chirurgii Ogólnej;
 - b) Oddział Urazowo-Ortopedyczny;
 - c) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - d) Oddział Internistyczny;
 - e) Oddział Chorób Płuc nr 1;
 - f) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy nr 2;
 - g) Blok Operacyjny;

- h) Izba Przyjęć;
 - i) Pracownia Prób Wysiłkowych;
 - j) Pracownia Holtera;
 - k) Pracownia Echo-Kardiograficzna;
 - l) Pracownia Bronchoskopowa nr 2;
 - m) Pracownia EEG;
 - n) Apteka;
 - o) Bank Krwi;
 - p) Oddział Geriatryczny.
- 3) Jednostka organizacyjna: Szpital, w lokalizacji przy ul. Lubartowskiej 81, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Oddział Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej;
 - b) Oddział Położniczy z Oddziałem Patologii Ciąży;
 - c) Oddział Noworodków i Wcześnieaków;
 - d) Oddział Anestezjologii;
 - e) Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza;
 - f) Blok Operacyjny;
 - g) Sala Porodowa;
 - h) Pracownia USG;
 - i) Pracownia Endoskopii.

§ 33

W skład Zakładu Leczniczego – Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna, wchodzi:

- 1) Jednostka organizacyjna: Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Poradnia Alergologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - b) Poradnia Audiologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - c) Poradnia Chirurgiczna, al. Kraśnicka 100;
 - d) Poradnia Chirurgii Naczyniowej i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej, al. Kraśnicka 100;
 - e) Poradnia Chirurgii Onkologicznej, al. Kraśnicka 100;
 - f) Poradnia Dermatologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - g) Poradnia Diabetologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - h) Poradnia Endokrynologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - i) Poradnia Foniatryczna, al. Kraśnicka 100;
 - j) Poradnia Gastroenterologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - k) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, al. Kraśnicka 100;
 - l) Poradnia Hematologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - m) Poradnia Kardiologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - n) Poradnia Kardiologiczna dla dzieci, al. Kraśnicka 100;
 - o) Poradnia Leczenia Osteoporozy, al. Kraśnicka 100;
 - p) Poradnia Medycyny Pracy, al. Kraśnicka 100;
 - q) Poradnia Nadciśnienia Tętniczego, al. Kraśnicka 100;
 - r) Poradnia Nefrologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - s) Poradnia Neonatologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - t) Poradnia Neurologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - u) Poradnia Okulistyczna, al. Kraśnicka 100;
 - v) Poradnia Onkologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - w) Poradnia Otolaryngologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - x) Poradnia Pediatria, al. Kraśnicka 100;
 - y) Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi, al. Kraśnicka 100;
 - z) Poradnia Proktologiczna, al. Kraśnicka 100;

- aa) Poradnia Pulmonologiczna, al. Kraśnicka 100;
- bb) Poradnia Reumatologiczna, al. Kraśnicka 100;
- cc) Poradnia Toksykologiczna, al. Kraśnicka 100;
- dd) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna, al. Kraśnicka 100;
- ee) Poradnia Urologiczna, al. Kraśnicka 100;
- ff) Poradnia Żywnościowa, al. Kraśnicka 100;
- gg) Pracownia Audiometrii i Rynometrii, al. Kraśnicka 100;
- hh) Pracownia Densytometryczna, al. Kraśnicka 100;
- ii) Pracownia Elektrokardiografii, al. Kraśnicka 100;
- jj) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe, al. Kraśnicka 100;
- kk) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, al. Kraśnicka 100;
- ll) Poradnia Kardiologiczna, ul. Herberta 21;
- mm) Poradnia Neurologiczna, ul. Herberta 21;
- nn) Poradnia Chirurgii Ogólnej, ul. Herberta 21;
- oo) Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, ul. Herberta 21;
- pp) Poradnia Otolaryngologiczna, ul. Herberta 21;
- qq) Poradnia Leczenia Bólu, ul. Herberta 21;
- rr) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna, ul. Herberta 21;
- ss) Poradnia Chirurgii Naczyniowej, ul. Herberta 21;
- tt) Poradnia Urologiczna, ul. Herberta 21;
- uu) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Herberta 21;
- vv) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej, ul. Herberta 21;
- ww) Poradnia Pielęgniarki POZ, ul. Herberta 21;
- xx) Poradnia Położnej POZ, ul. Herberta 21;
- yy) Poradnia Geriatryczna, ul. Herberta 21;
- zz) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, ul. Biernackiego 9;
- aaa) Dział Fizjoterapii, ul. Herberta 21;
- bbb) Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego nr 2, ul. Herberta 21;
- ccc) Pracownia Endoskopowa, ul. Herberta 21;
- ddd) Pracownia Urodynamiczna, ul. Herberta 21;
- eee) Punkt Szczepień, ul. Herberta 21;
- fff) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, ul. Herberta 21;
- ggg) Poradnia Medycyny Paliatywnej, ul. Herberta 21;
- hhh) Pracownia ESWL i PCNL, ul. Herberta 21;
- iii) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dorosłych, ul. Herberta 21;
- jjj) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci, ul. Herberta 21;
- kkk) Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem, ul. ul. Herberta 21;
- lll) Poradnia Chorób Zakaźnych, ul. Biernackiego 9;
- mmm) Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci, ul. Lubartowska 81;
- nnn) Poradnia Pediatria Szczepień dla Dzieci Wysokiego Ryzyka, ul. Lubartowska 81;
- ooo) Punkt Szczepień, ul. Lubartowska 81;
- ppp) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, ul. Lubartowska 81;
- qqq) Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej, ul. Lubartowska 81;
- rrr) Poradnia Neonatologiczna, ul. Lubartowska 81;
- sss) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, ul. Lubartowska 81;
- ttt) Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego nr 1, ul. Herberta 21;
- uuu) Pracownia Bronchoskopowa nr 1, ul. Herberta 21.

- 2) Jednostka organizacyjna: Podstawowa Opieka Zdrowotna, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, al. Kraśnicka 100;
 - b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej, al. Kraśnicka 100;

- c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej, al. Kraśnicka 100;
 - d) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, al. Kraśnicka 100;
 - e) Punkt Szczepień, al. Kraśnicka 100;
 - f) Zespół transportu medycznego – świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu, al. Kraśnicka 100.
- 3) Jednostka organizacyjna: Dział Diagnostyki RTG nr 1, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej, ul. Biernackiego 9;
 - b) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej, ul. Sieroca 2B;
 - c) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej, ul. Lubartowska 81;
 - d) Pracownia USG, ul. Biernackiego 9;
 - e) Pracownia Tomografii Komputerowej, ul. Biernackiego 9.
- 4) Jednostka organizacyjna: Dział Diagnostyki RTG nr 2, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej, ul. Herberta 21;
 - b) Pracownia USG, ul. Herberta 21;
 - c) Pracownia Tomografii Komputerowej, ul. Herberta 21.
- 5) Jednostka organizacyjna: Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej z Pracownią Prętka Gruźlicy, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia Mikrobiologiczna, ul. Herberta 21;
 - b) Pracownia Prętka Gruźlicy, ul. Herberta 21.
- 6) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Ośrodek rehabilitacji dziennej, al. Kraśnicka 100;
 - b) Pracownia prób wysiłkowych, al. Kraśnicka 100;
 - c) Pracownia Diagnostyki Holterowskiej, al. Kraśnicka 100.
- 7) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Poradnia rehabilitacyjna, al. Kraśnicka 100;
 - b) Ośrodek rehabilitacji dziennej, al. Kraśnicka 100;
 - c) Dział fizjoterapii, al. Kraśnicka 100.
- 8) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Zakład Diagnostyki Endoskopowej w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia endoskopii, al. Kraśnicka 100.
- 9) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Koagulologii i Mikrobiologii, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Bank Krwi, al. Kraśnicka 100;
 - b) Pracownia Analityki Ogólnej, al. Kraśnicka 100;
 - c) Pracownia Bakteriologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - d) Pracownia Biochemiczna, al. Kraśnicka 100;
 - e) Pracownia Genetyczna, al. Kraśnicka 100;
 - f) Pracownia Hematologiczna i Koagulologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - g) Pracownia Immunochemiczna, al. Kraśnicka 100;
 - h) Pracownia Parazytologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - i) Pracownia Serologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - j) Pracownia Toksykologiczna, al. Kraśnicka 100;

- k) Pracownia Wirusologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - l) Punkt Pobrań Materiału do Badań Laboratoryjnych, al. Kraśnicka 100;
 - m) Pracownia Analityki Ogólnej, ul. Herberta 21;
 - n) Pracownia Hematologii i Koagulologii, ul. Herberta 21;
 - o) Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, ul. Lubartowska 81;
 - p) Punkt Pobrań, ul. Lubartowska 81.
- 10) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia rentgenodiagnostyki, al. Kraśnicka 100;
 - b) Pracownia ultrasonografii, al. Kraśnicka 100;
 - c) Pracownia tomografii komputerowej, al. Kraśnicka 100;
 - d) Pracownia radiologii zabiegowej, al. Kraśnicka 100;
 - e) Pracownia rezonansu magnetycznego, al. Kraśnicka 100;
 - f) Pracownia mammograficzna, al. Kraśnicka 100;
 - g) Pracownia USG, al. Kraśnicka 100.
- 11) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Zakład Medycyny Nuklearnej w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia scyntygraficzna, al. Kraśnicka 100;
 - b) Pracownia radiochemiczna, al. Kraśnicka 100;
 - c) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, al. Kraśnicka 100.
- 12) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Zakład Patomorfologii, w skład której wchodzi następujące komórki organizacyjne:
- a) Pracownia Histopatologiczna, al. Kraśnicka 100;
 - b) Pracownia Cytologiczna, al. Kraśnicka 100.

§ 34

wykreślono.

§ 35

W skład Zakładu Leczniczego – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nr 1, ul. Biernackiego 9;
- 2) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nr 2, ul. Herberta 21;
- 3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nr 3, ul. Herberta 21.

§ 36

Komórki organizacyjne obsługujące Zakłady Lecznicze:

- 1) Dział Organizacji Świadczeń Medycznych i Dokumentacji;
- 2) Dział Administracyjno-Gospodarczy;
- 3) Dział Informatyki;
- 4) Dział Aparatury Medycznej;
- 5) Dział Higieny Szpitalnej;
- 6) Dział Finansowo-Księgowy;
- 7) Dział Inwestycji, Pozyskiwania i Rozliczania Środków Zewnętrznych;
- 8) Dział Kadr i Płac;
- 9) Dział Organizacyjno-Prawny;
- 10) Dział Zamówień Publicznych i Zakupów;
- 11) Dział Żywienia;
- 12) Dział Dietetyki;
- 13) Centralna Steryzatornia/Sterylizatornia;

- 14) Służba Ochrony Szpitala;
- 15) Zespół Radców Prawnych;
- 16) Transfuzjolog Szpitalny;
- 17) Specjalista ds. Przeciwpożarowych;
- 18) Inspektor Ochrony Radiologicznej;
- 19) Koordynator do Spraw Dostępności;
- 20) Sekretarka/Asystent;
- 21) Kapelan;
- 22) Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
- 23) *wykreślono*;
- 24) Inspektor Ochrony Danych;
- 25) Starszy Inspektor ds. Obronnych i Rezerw;
- 26) Specjalista ds. Szkoleń;
- 27) Rzecznik Prasowy;
- 28) Pielęgniarka/Pielęgniarski ds. Socjalnych Pacjentów;
- 29) Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej;
- 30) *wykreślono*;
- 31) Audytor wewnętrzny;
- 32) Pralnia;
- 33) Centrum Edukacyjne Robotyki Operacyjnej;
- 34) Zespół ds. BHP.

§ 37

1. W Podmiocie dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych dalej zespołami zadaniowymi.
2. Zespoły zadaniowe, o których mowa w ust. 1 powyżej, są powoływane w formie zarządzenia przez Dyrektora Podmiotu w celu opracowania lub opiniowania projektów, przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W uzasadnionych przypadkach czynności, o których mowa w ust. 2 powyżej, mogą być powierzone jednej osobie.

§ 38

Schemat struktury organizacyjnej stanowią Załączniki do niniejszego Regulaminu:

- 1) Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego – Schemat organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie;
- 2) Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego – Schemat organizacyjny jednostek Zakładów Leczniczych oraz innych komórek podległych Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w lokalizacji przy Al. Kraśnickiej 100, ul. Herberta 21, ul. Lubartowska 81 oraz ul. Biernackiego 9/ul. Sieroczej 2B w Lublinie.

ROZDZIAŁ IV

TWORZENIE WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH I ZAWIERANIE UMÓW

§ 39

1. W Szpitalu wewnętrzne akty normatywne stanowią w szczególności: zarządzenia, procedury, instrukcje, standardy, algorytmy, pisma okólne, komunikaty.
2. Wewnętrzne akty normatywne tworzą komórki organizacyjne Szpitala oraz podmioty właściwe merytorycznie, zgodnie z ustalonym zakresem działania tych komórek (podmiotów) lub zgodnie z dekretacją przełożonego.
3. Szczegółowe zasady tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych są uregulowane przepisami wewnętrznymi w formie zarządzenia.

§ 40

1. Wewnętrzne akty normatywne odnoszące się do jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala, wprowadzające przepisy, które określają obowiązki i uprawnienia poszczególnych jednostek, komórek bądź regulujące sprawy o istotnym znaczeniu dla funkcjonowania Szpitala, winny być wydawane w formie zarządzeń.
2. Akty normatywne zastrzeżone do wyłącznych kompetencji Dyrektora Podmiotu mogą również być podpisywane przez jednego z jego Zastępców bądź inną wyznaczoną w tym celu przez niego osobę na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora Szpitala.
3. Przed podpisaniem zarządzenia przez Dyrektora Szpitala dokument powinien być parafowany (w formie podpisu i pieczętki) przez:
 - 1) pracownika przygotowującego projekt zarządzenia;
 - 2) kierownika komórki organizacyjnej, w której przygotowany został projekt zarządzenia (jeśli był przygotowywany w komórce organizacyjnej);
 - 3) Radcę Prawnego Szpitala;
 - 4) Kierownika Działu Organizacyjno-Prawnego;
 - 5) właściwego Zastępcę Dyrektora i/lub Głównego Księgowego.
4. Zarządzenia rejestrowane i przechowywane są w wydzielonym zbiorze w Dziale Organizacyjno-Prawnym, który odpowiada za ich dystrybucję wśród pracowników z uwzględnieniem treści dokumentów.

§ 41

1. Procedury oraz standardy opracowywane są po ocenie potrzeby wydania danego aktu przez Komitet ds. Jakości.
2. Akty, o których mowa w ust. 1 powyżej, przed podpisaniem przez Dyrektora Szpitala sprawdzane są przez:
 - 1) Przełożonego pracownika sporządzającego procedurę, standard pod względem merytorycznym;
 - 2) Kierownika/pracownika Działu Organizacyjno-Prawnego pod względem organizacyjnym;
 - 3) Radcę Prawnego Szpitala pod względem formalno-prawnym, jeżeli takie aspekty dana procedura lub standardy obejmują;
 - 4) pracownika odpowiedzialnego za koordynowanie funkcjonowania systemu zarządzania jakością pod względem wymaganych standardów jakości.
3. Procedury, standardy rejestrowane są w Dziale Organizacyjno-Prawnym i przechowywane w dwóch zbiorach oryginałów przedmiotowych aktów:
 - 1) zbiorze ogólnym w Dziale Organizacyjno-Prawnym;
 - 2) zbiorze prowadzonym przez Dział Organizacyjno-Prawny w związku z koordynowaniem funkcjonowania systemu zarządzania jakością.
4. Pracownik odpowiedzialny za koordynowanie funkcjonowania systemu zarządzania jakością odpowiedzialny jest za dystrybucję przedmiotowych aktów do komórek organizacyjnych Szpitala oraz za kompletowanie potwierdzeń zapoznania się pracowników z danymi aktami.

§ 42

1. Wewnętrzne akty normatywne stanowiące wykładnię przepisów i zarządzeń wydanych przez organy zewnętrzne oraz zawierające wytyczne w sprawie roboczego trybu załatwiania określonych prac winny posiadać formę pisma okólnego. Prawo podpisywania wewnętrznych pism okólnych przysługuje:
 - 1) Dyrektorowi Szpitala;
 - 2) Zastępcom Dyrektora w zakresie działania i kompetencji podległych jednostek oraz komórek organizacyjnych;
 - 3) Kierownikom jednostek i komórek organizacyjnych, kierownikom oddziałów, o ile zostaną imiennie do tego upoważnieni pisemnie przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora w zakresie ich kompetencji.

2. Zasady tworzenia instrukcji, algorytmów i komunikatów ustala Dyrektor Podmiotu w formie Zarządzenia.
3. Zarządzenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, reguluje w szczególności proces przygotowania, parafowania oraz podpisywania wymienionych w ust. 2 aktów normatywnych.
4. Sprawy wymagające opinii bądź oceny formalnoprawnej winny być parafowane przez Radcę Prawnego Szpitala.
5. Zarządzenia, procedury, instrukcje, standardy i algorytmy dostępne są na wewnętrznej stronie intranetowej Szpitala.

§ 43

1. Zawieranie umów w imieniu Szpitala z podmiotami zewnętrznymi należy do wyłącznej kompetencji Dyrektora Szpitala.
2. Na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora Szpitala umowy w imieniu Szpitala mogą być zawierane także przez Zastępców Dyrektora lub inne wyznaczone przez Dyrektora Szpitala osoby w zakresie określonym przez dane upoważnienie.
3. Projekty umów przedkładane do podpisu Dyrektorowi Szpitala lub Zastępcom Dyrektora, w zakresie posiadanych przez nich upoważnień muszą być parafowane (w formie podpisu i pieczętki) przez:
 - 1) pracownika sporządzającego projekt umowy;
 - 2) kierownika komórki organizacyjnej, która przygotowała projekt umowy (jeśli dotyczy);
 - 3) Radcy Prawnego Szpitala;
 - 4) Głównego Księgowego, w przypadku, jeżeli umowa powoduje powstanie zobowiązań pieniężnych po stronie Szpitala.
4. Szczegółowe zasady przygotowania, obiegu i rejestracji umów zawieranych w imieniu Szpitala z podmiotami zewnętrznymi są uregulowane przepisami wewnętrznymi w formie zarządzenia.

ROZDZIAŁ V PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 44

Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne i inne niż szpitalne), ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w szczególności: w oddziałach, poradniach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i komórkach diagnostycznych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń.

§ 45

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne realizowane są w ramach zakładu leczniczego o nazwie Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w zakresie opieki długoterminowej.
2. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przyjmowani są pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych, stałej kontroli lekarskiej i kontynuacji leczenia, a nie wymagają hospitalizacji w oddziale szpitalnym.
3. O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego mogą ubiegać się pacjenci, którzy otrzymali 40 punktów lub mniej w skali „Barthel” i ich podstawowym wskazaniem do objęcia opieką nie jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.
4. Podstawą przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego jest skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 46

1. W ramach Oddziału Ginekologii i Położnictwa, Oddziału Położniczego z Oddziałem Patologii Ciąży, Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Oddziału Noworodków i Wcześnieaków, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Izby Przyjęć Ginekologiczno - Położniczej realizowane są świadczenia zapewniające kobietom w ciąży skoordynowaną opiekę na III poziomie opieki perinatalnej (KOC). Skoordynowana opieka obejmuje specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację.
2. KOC III to pełnoprofilowana opieka nad kobietą w ciąży, realizowana zgodnie ze standardami gwarantującymi, w przypadkach występowania powikłań lub sytuacji niepowodzeń położniczych, wczesne postawienie diagnozy i odpowiednie postępowanie terapeutyczne oraz zapewnienie wielodzielinowej skoordynowanej specjalistycznej opieki nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej.
3. Działania w ramach KOC zapewniają:
 - 1) przygotowanie dla pacjentek „Informacji dla kobiety objętej skoordynowaną opieką nad kobietą w ciąży” (informacja KOC III), określonej w załączniku do właściwego zarządzenia Dyrektora Szpitala, (przed włączeniem kobiety do systemu finansowania w ramach KOC III, należy uzyskać od pacjentki udokumentowaną zgodę, która w uzasadnionych przypadkach umożliwi przekazywanie informacji o objęciu opieką KOC III innym podmiotom realizującym świadczenia położnictwa i ginekologii w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, bezpośrednio z systemu informatycznego Funduszu lub przez podmiot koordynujący. Kopia tego dokumentu powinna zostać w historii choroby);
 - 2) opracowanie schematu organizacyjnego KOC III;
 - 3) świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z ciążą i porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje;
 - 4) możliwość 24h kontaktu dla pacjentki zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC III;
 - 5) czynności związane z zapewnieniem i wykonaniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
 - 6) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 7) współpracę z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką POZ, na liście, których znajduje się kobieta w ciąży;
 - 8) w przypadkach występowania powikłań lub opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych – opiekę psychologiczną obejmującą: diagnozę kliniczną, w tym diagnozę sytuacji kryzysowej, interwencję kryzysową, pomoc w efektywnym radzeniu sobie z sytuacją trudną, a w przypadku śmierci dziecka z sytuacją utraty, wsparcie emocjonalne, realizowane w formie porad psychologicznych i psychoterapii realizowane w formie porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej lub grupowej udzielanych odpowiednio przez psychologa lub psychoterapeutę posiadających co najmniej dwuletnie doświadczenie kliniczne w zakresie opieki perinatalnej i hospicyjnej;
 - 9) realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem”, w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.

§ 47

1. W Oddziale Ginekologii i Położnictwa, Oddziale Położniczym z Oddziałem Patologii Ciąży, Oddziale Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Oddziale Noworodków i Wcześnieaków, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Izby Przyjęć Ginekologiczno -

Położniczej udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stosuje się następujące wskaźniki opieki okołoporodowej:

- 1) odsetek porodów drogami natury przez nacięcia krocza;
 - 2) odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych w trakcie porodu;
 - 3) odsetek porodów drogami natury bez stymulacji/indukcji oksytocyną;
 - 4) odsetek cięć cesarskich;
 - 5) odsetek matek karmiących wyłącznie naturalnie w dniu wypisu.
2. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej, o których mowa w ust. 1, następuje raz w roku ze względu na występujące różnice liczby porodów w poszczególnych miesiącach.
 3. Ocena satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową monitorowana jest poprzez zachęcanie i wskazywanie na możliwość wypełniania „ankiety satysfakcji pacjentki”.
 4. Do dnia 31 stycznia następnego roku lekarze kierujący oddziałami/ordynatorzy, o których mowa w ust. 1 powyżej, przygotowują dane statystyczne w zakresie wskaźników opieki okołoporodowej przedstawiając raport w zakresie powyższym Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wraz z podsumowaniem zawierającym rekomendacje dotyczące propozycji działań w zakresie poprawy jakości opieki oraz ocenę satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową w oparciu o „ankiety satysfakcji pacjentki”.
 5. Dokumentowanie działań, wskazanych w ust. 2 i ust. 3 powyżej, następuje w formie raportu, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu.

§ 48

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych Podmiot zapewnia pacjentom nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze, a także transport sanitarny w sytuacjach medycznie uzasadnionych oraz zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

§ 49

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela całodobowo świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Pacjenci zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego poddawani są segregacji medycznej TRIAGE.

PODROZDZIAŁ 1 PRZYJĘCIE PACJENTA

§ 50

1. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Podmiotu w lokalizacji przy al. Kraśnicka 100 odbywa się całodobowo w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w trybie nagłym i planowym, przy czym w trybie planowym na podstawie skierowania od lekarza, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz bez skierowania w trybie nagłym.
2. Przyjęcia pacjentów zgłaszających się do Podmiotu w lokalizacji przy ul. Herberta 21 odbywa się w Izbie Przyjęć.
3. Przyjęcia pacjentów zgłaszających się do Podmiotu w lokalizacji przy ul. Biernackiego 9, Sierocej 2B oraz ul. Lubartowskiej 81 odbywa się w Izbach Przyjęć właściwych oddziałów szpitalnych.
4. Pacjentów przyjmuje się na podstawie dokumentu tożsamości oraz po weryfikacji w systemie NFZ-eWUŚ albo dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego albo oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

5. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają osoby określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Osoby posiadające szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością są zobowiązane do przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienia.
7. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania i/lub dowodu ubezpieczenia.
8. Podmiot nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
9. W przypadku stanu nagłego lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej jest zobowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia wyżej wymienionego oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale Szpitala w terminie 7 dni od zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 51

1. Pacjentowi będącemu w stanie bezpośredniego zagrożenia życia musi być udzielona pomoc medyczna bez zwłoki czasowej.
2. Za stan zdrowia pacjenta przebywającego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie Przyjęć odpowiadają lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w tym oddziale lub Izbie. Zasady postępowania wskazane w zapisach § 59, § 60, należy stosować także w Izbach Przyjęć Podmiotu.
3. Do obowiązków lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz innego pracownika przebywającego przy pacjencie należy natychmiastowe podjęcie czynności medycznych zapobiegających lub zmniejszających niekorzystne skutki zmiany stanu zdrowia.
4. W przypadku zgłoszenia się pacjenta na podstawie skierowania od lekarza do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, do czasu przybycia lekarza oddziału, czynności diagnostyczno-terapeutyczne podejmuje lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w zależności od stanu pacjenta.
5. Lekarz dyżurny oddziału ma obowiązek niezwłocznego zejścia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zbadania pacjenta i podjęcia decyzji co do dalszego postępowania diagnostycznego i leczenia.
6. W przypadku odmowy hospitalizacji lekarz ma obowiązek wydać zalecenia, co do dalszego postępowania z pacjentem.
7. Po konsultacji z lekarzem lub lekarzem dyżurnym danego oddziału ostateczną decyzję, na który oddział ma być przyjęty pacjent, podejmuje lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

§ 52

1. Przyjęcia nagłe następują w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, obejmującym również przyjęcia nagłe pacjentów do Oddziału Ginekologii i Położnictwa oraz Oddziału Dziecięcego w wyodrębnionych obszarach w lokalizacji przy Al. Kraśnickiej 100.
2. Postępowanie z pacjentem w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym odbywa się z poszanowaniem przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności przepisów o segregacji medycznej pacjentów.
3. Lekarz dyżurny lub lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego podejmuje decyzję o przyjęciu lub odmowie przyjęcia pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w ciągu maksymalnie 15 minut od pierwszego kontaktu z pacjentem, który ma przypisaną kategorię pilności oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem.

4. Decyzja o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziału podejmowana jest przez lekarza dyżurnego lub lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego maksymalnie w ciągu 30 minut po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta.
5. Uwzględniając dobro pacjenta oraz możliwości Podmiotu lekarz, o którym mowa w ust. 3 i ust. 4 powyżej, podejmuje decyzję o przyjęciu lub o odmowie przyjęcia, dokonując jednocześnie odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej Podmiotu.
6. Jeżeli lekarz, o którym mowa w ust. 5, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Podmiocie, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez Podmiot lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie pacjenta, Podmiot po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewni w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego podmiotu leczniczego, po uprzednim porozumieniu się z tym podmiotem leczniczym. O dokonanym rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.
7. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia akcją reanimacyjną prowadzą lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wzywa lekarza anestezjologa w celu podjęcia decyzji o dalszym prowadzeniu akcji reanimacyjnej.
8. Po zaopatrzeniu medycznym pacjenta przenosi się transportem wewnętrznym do wskazanego oddziału, na zlecenie lekarza kierującego.
9. W przypadku porodu pacjentkę rodzącą przekazuje się bezpośrednio do właściwego oddziału.

§ 53

1. Pacjenci, którym w systemie segregacji medycznej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, przydzielono kategorii pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim mogą być skierowani przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, może odbyć się jedynie po przeprowadzeniu segregacji medycznej, na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta z uwzględnieniem wskazań medycznych.
3. Fakt skierowania, o którym mowa w ust. 1, odnotowuje lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 54

1. Po zakończeniu procesu diagnostyczno-leczniczego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i/lub w przypadku stwierdzenia braku wskazań do hospitalizacji w trybie nagłym, lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, stosownie do stanu zdrowia pacjenta, niezależnie od wydania Karty informacyjnej, wydaje:
 - 1) skierowania na świadczenia zalecone w Karcie informacyjnej;
 - 2) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
 - 3) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w Karcie informacyjnej;
 - 4) zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy.
2. W przypadku stwierdzenia przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego braku wskazań do leczenia szpitalnego, pacjentowi udzielana jest porada lekarska wraz z niezbędnymi czynnościami diagnostyczno-leczniczymi i wydawana Karta Informacyjna Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
3. W przypadku wskazań do objęcia pacjenta opieką ambulatoryjną, pacjent otrzymuje skierowanie do odpowiedniej poradni lub zalecenie kontroli w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz jeżeli jest to niezbędne: skierowanie na świadczenia zlecone w karcie informacyjnej, recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego

i wyroby medyczne, zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy, zwolnienie lekarskie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4. Nieprzyjęcie pacjenta do Podmiotu może nastąpić również w przypadku niewyrażenia zgody przez pacjenta na hospitalizację.
5. Lekarz powinien uzyskać od pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego) pisemne oświadczenie o odmowie poddania się hospitalizacji z adnotacją, że został on poinformowany o konieczności poddania się hospitalizacji i potencjalnych następstwach mogących wystąpić w przypadku odmowy poddania się hospitalizacji.
6. W przypadku odmowy sporządzenia pisemnego oświadczenia (do czego pacjent ma prawo), o którym mowa w ust. 5 powyżej, lekarz sporządza w tym zakresie stosowną adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 55

1. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek zgłoszenia Policji faktu przyjęcia albo zgonu w Podmiocie pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić ani potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość niezwłocznie, ale nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu pacjenta.
2. W przypadku przyjęcia w Podmiocie pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować zgłoszenia na Policję dokonuje lekarz prowadzący oddziału dla dzieci, a poza godzinami normalnej ordynacji odpowiednio lekarz dyżurny oddziału dla dzieci niezwłocznie, ale nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia pacjenta.
3. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonej tożsamości oraz wpisania w dokumentację medyczną charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, data, godzina, miejsce, z którego został przywieziony), jak również podjęcia prób identyfikacji pacjenta na podstawie znalezionych przy pacjencie adresów, telefonów.
4. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek przekazywania na żądanie Policji informacji o fakcie przyjęcia w Podmiocie osoby zaginionej w rozumieniu przepisów ustawy o Policji oraz odnotowania w dokumentacji medycznej przyjęcia pacjenta o nieznanym nazwisku i pochodzeniu.

§ 56

Pracownicy mają obowiązek w przypadku powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzania stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie wszcząć procedurę „Niebieskiej Karty”, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego w tym zakresie.

PODROZDZIAŁ 2

POBYT W SZPITALU

§ 57

1. Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie planowym na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera lub nagłym bez skierowania.
2. Pacjent przyjmowany do Podmiotu w trybie planowym:
 - 1) w punktach przyjęć działających w strukturach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w lokalizacji przy Al. Kraśnickiej 100 w dni robocze od godz. 7.30 do godz. 15.05.
W pozostałym czasie przyjęcia planowe są prowadzone w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
 - 2) w Izbie Przyjęć w lokalizacji przy ul. Herberta 21 w dni robocze od godz. 7.30 do 15.05;

- 3) w Izbie Przyjęć Chorób Zakaźnych dla Dzieci, Izbie Przyjęć Chorób Zakaźnych dla Dorosłych, w lokalizacji przy ul. Biernackiego 9 w dni robocze od godz. 7.30 do 15.05;
 - 4) w Izbie Przyjęć Ginekologiczno – Położniczej w lokalizacji przy ul. Lubartowskiej 81 w dni robocze od godz. 7.30 do 15.05.
3. Pacjent przyjmowany do Podmiotu w trybie nagłym jest zapisywany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub w Izbach Przyjęć w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.
 4. Po skierowaniu na dany oddział pacjent jest przekazywany przez pracownika medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izb Przyjęć.

§ 58

1. Lekarz kierujący/Ordynator wyznacza dla każdego pacjenta lekarza odpowiedzialnego za proces diagnostyczno – terapeutyczny, bieżące informowanie pacjenta o przebiegu procesu i stanie zdrowia pacjenta oraz prowadzenie jego dokumentacji medycznej.
2. Wyznaczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, może być dokonane poprzez przydział sal chorych określonym lekarzom danego oddziału.
3. Obejmując opiekę nad pacjentem lekarz zobowiązany jest przedstawić się imieniem i nazwiskiem oraz podać stanowisko służbowe.
4. Każdy lekarz kontaktujący się z pacjentem zobowiązany jest do analogicznego postępowania, niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatorów.

§ 59

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia o charakterze nadzwyczajnym, w tym o charakterze mnogim, masowym lub katastroficznym obowiązuje tryb przyjęć z pominięciem obowiązujących zasad wskazanych w niniejszym Regulaminie, oparty o zasadę segregacji pacjentów, w zależności od oceny stanu zdrowia, w oparciu o odrębne przepisy wewnętrzne Podmiotu.
2. Czas pobytu pacjentów i proces diagnostyczno - terapeutyczny pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym powinien być ograniczony do niezbędnego leczenia, niezbędnych konsultacji i diagnostyki.

§ 60

1. Pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do Podmiotu po ustaleniu jego tożsamości.
2. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do Podmiotu, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.
3. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.

§ 61

1. Noworodka urodzonego w Podmiocie zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu, w obecności matki lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala.
2. W indywidualnej dokumentacji medycznej noworodka oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej matki dokonuje się adnotacji o dokonaniu czynności, o której mowa w ust. 1 powyżej.
3. Znak identyfikacyjny umieszcza się: na opasce, na zdjęciu (w przypadku opisanym w ust. 7) oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku, gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi.

5. W przypadku noworodka opaskę nakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi.
6. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w Podmiocie.
7. W przypadku, gdy założenie opaski dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia nie jest możliwe, wykonuje się i umieszcza w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze, za zgodą matki lub osoby bliskiej, o której mowa w ust. 1, zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny.
8. Przy wypisywaniu pacjenta z Podmiotu, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce lub na zdjęciu dziecka ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę albo zdjęcie wydaje się pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu.
9. W przypadku opisanym w ust. 8 drugą opaskę dołącza się do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
10. W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski albo zdjęcia, niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi albo umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę albo zdjęcie.

§ 62

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń:
 - 1) ginekologa i położnika;
 - 2) onkologa;
 - 3) wenerologa;
 - 4) psychiatry;
 - 5) dla osób chorych na gruźlicę;
 - 6) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - 7) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;
 - 8) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - 9) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika oraz weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
 - 10) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego;
 - 11) dla działaczy opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych;
 - 12) dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
3. Bez skierowania ze świadczeń w poradniach specjalistycznych korzystają ponadto inne osoby uprawnione, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 63

1. Świadczenia zdrowotne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są przez lekarzy o kwalifikacjach zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Rejestracja pacjentów odbywa się w każdej formie, tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
3. W szczególnych przypadkach pomoc może być udzielona w warunkach domowych, w miejscu zamieszkania pacjenta lub jego pobytu.

4. W przypadku zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem z adnotacją: „nagłe”, „pilne” lub pacjentów nieumówionych na wizytę, a zgłaszających potrzebę pilności ze względu na stan zdrowia, lekarz powiadomiony przez pielęgniarkę lub innego pracownika Podmiotu decyduje o dalszym sposobie postępowania.
5. Świadczenia zdrowotne są udzielane w poradniach w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od 7.00 do 20.00 z uwzględnieniem różnych godzin przyjęć w poszczególnych poradniach w poszczególne dni tygodnia.
6. Szczegółowy harmonogram przyjęć pacjentów w poszczególnych poradniach i pracowniach jest dostępny na stronie Szpitala.

§ 64

Tryb kierowania osób do zakładu opiekuńczo-leczniczego określają odrębne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

§ 65

Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych przez właściwe podmioty publiczne na podstawie zawartych z nimi umów.

§ 66

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu odpowiedniej informacji.
2. Szczegółowe zasady wyrażania zgody przez pacjenta lub inne osoby na udzielenie świadczenia zdrowotnego określają wewnętrzne przepisy oparte na przepisach prawa powszechnie obowiązującego w tym zakresie.

§ 67

Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni lub przenoszeni przez wyznaczony personel Podmiotu.

§ 68

1. Pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń z zakresu: badań diagnostycznych, postawienia diagnozy i ewentualnego dalszego leczenia.
2. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń określonych w ust. 1 powyżej, a w szczególności sposób: przygotowania pacjenta do badania, pobierania materiału do badań, wykonywania badań, zasady wykonywania, zabezpieczania i transportowania materiału do badań określają wewnętrzne przepisy poszczególnych pracowni.

§ 69

1. W sytuacji podjęcia decyzji o przeniesieniu pacjenta na inny oddział w przekazywanej dokumentacji medycznej oraz w systemie funkcjonującym w Podmiocie odnotowywana jest informacja o przeniesieniu pacjenta, wraz z podpisem lekarza podejmującego decyzję o przeniesieniu, zgodnie z przepisami wewnętrznymi.
2. Pacjent z oddziału, w którym był dotychczas leczony, zostaje przetransportowany pod nadzorem pracownika medycznego na inny oddział wraz z dokumentacją medyczną, a w razie konieczności także przy udziale lekarza.
3. Do chwili przeniesienia pacjenta na inny oddział, za pacjenta odpowiada lekarz opiekujący się pacjentem na oddziale, z którego pacjent jest przekazywany.
4. W przypadku przeniesienia pacjenta do innego oddziału na dotychczasowym oddziale wystawia się kartę informacyjną z leczenia na danym oddziale.
5. Po przekazaniu pacjenta na oddział, odpowiedzialność przejmuje lekarz opiekujący się pacjentem z oddziału, na który pacjent został przyjęty.

6. Karty informacyjne z całego pobytu pacjenta w Podmiocie przekazywane są pacjentowi lub osobom do tego upoważnionym w oddziale, z którego pacjent zostaje wypisany do domu lub na którym nastąpił jego zgon.

§ 70

1. Pacjent ma prawo w szczególności do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej;
 - 2) w przypadku ograniczonej możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń;
 - 3) natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, a w przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem;
 - 4) świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, a także świadczeń zdrowotnych udzielanych przy kierowaniu się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych;
 - 5) informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, prawo do przedstawienia swojego zdania po uzyskaniu tych informacji, a także prawo do nieudzielania pacjentowi tych informacji;
 - 6) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez Podmiot;
 - 7) informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach;
 - 8) 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;
 - 9) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody;
 - 10) poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a w przypadku umierania – do umierania w spokoju i godności;
 - 11) leczenia bólu;
 - 12) obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na życzenie pacjenta, przy czym osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta;
 - 13) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
 - 14) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa;
 - 15) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w tym do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, a także do odmowy kontaktu z innymi osobami, z zastrzeżeniem, iż pacjent ponosi koszty realizacji tych praw, jeżeli ich realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez Podmiot;
 - 16) opieki duszpasterskiej;
 - 17) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Prawa pacjenta określa w szczególności ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku, kiedy obowiązujące przepisy prawa przewidują dalsze prawa

pacjenta niż wskazane w niniejszym Regulaminie, w szczególności w następstwie ich aktualizacji, lub też przyznają prawa inne, w tym szersze, przyjmuje się, prawa te znajdują pełne zastosowanie, a w przypadku sprzeczności postanowienia Regulaminu z obowiązującymi przepisami w miejsce postanowienia sprzecznego wchodzi stosowne postanowienie prawa powszechnie obowiązującego;

3. Szczegółowa informacja o prawach pacjenta jest udostępniona w formie pisemnej w siedzibie Podmiotu w miejscu ogólnodostępnym oraz w miejscach pobytu pacjentów. W szczególności informacja udostępniona jest na tablicach na korytarzach Oddziału Podmiotu, jak również na stronie internetowej Podmiotu - <https://www.szpital.lublin.pl/>, w zakładce „Dla pacjenta” pod określeniem „Karta praw i obowiązków pacjenta”;
4. Na wniosek pacjenta Podmiot udziela:
 - 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
 - 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej;
 - 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczących Podmiotu;
 - 4) innych niż określone w pkt 1-3 powyżej informacji, których wymóg udzielenia przez Podmiot przewidują powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 71

Czynności opiekuńcze przy pacjencie mogą wykonywać osoby bliskie wskazane przez pacjenta i tylko za zgodą pacjenta oraz personelu medycznego oddziału, w którym przebywa pacjent, po zapoznaniu się przez te osoby z zaleceniami przekazanych przez personel oddziału określonymi w odrębnej procedurze.

§ 72

W Oddziale Dziecięcym i w innych oddziałach szpitalnych, w których hospitalizowane są dzieci i/lub osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, zalecane jest przebywanie rodziców/opiekunów lub osób wskazanych przez rodziców przez całą dobę przy dziecku (1 osoba) w celu zapewnienia bezpieczeństwa i maksymalnego komfortu podczas procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

§ 73

1. Pacjent ma prawo do odwiedzin osób z zewnątrz.
2. Prawo do odwiedzin w czasie wizyt lekarskich, a także w czasie wykonywania zabiegów leczniczo–pielęgnacyjnych jest realizowane w sposób umożliwiający poszanowanie praw również innych niż odwiedzany pacjent pacjentów oraz uwzględniający warunki organizacyjne Podmiotu i wymogi należytego udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego prawo do odwiedzin może podlegać ograniczeniom w następstwie decyzji Dyrektora Podmiotu na wniosek Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i na zasadach określonych przez Dyrektora Podmiotu.
4. Z uwagi na zasady bezpieczeństwa epidemiologicznego osoby odwiedzające pacjentów nie powinny być chore na chorobę zakaźną. Podmiot może ze względu na prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta odmówić w konkretnym przypadku odwiedzin, w tym osobie chorej na chorobę zakaźną.
5. Odwiedziny pacjentów przez osoby z zewnątrz odbywają się we wszystkie dni tygodnia.
6. Informacja o zalecanych godzinach odbywania odwiedzin pacjentów udostępniona jest na tablicach na korytarzach Podmiotu, jak również na stronie internetowej Podmiotu - <https://www.szpital.lublin.pl/>, w zakładce „Dla pacjenta” pod określeniem: „Regulamin odwiedzin pacjentów”.

7. Osoby odwiedzające pacjentów nie mogą znajdować się pod wpływem alkoholu i środków odurzających.

§ 74

1. Osoba odwiedzająca pacjenta w oddziałach jest obowiązana zapoznać się z zasadami odwiedzin funkcjonującymi w Podmiocie.
2. Osoby odwiedzające nie mogą:
 - 1) zaburzać procesu terapeutycznego;
 - 2) naruszać praw innych pacjentów;
 - 3) utrudniać wykonywanie zadań pracownikom Podmiotu.
3. Osobę odwiedzającą pacjenta w oddziałach obowiązuje zakaz:
 - 1) wnoszenia i spożywania na terenie Podmiotu napojów alkoholowych, palenia wyrobów tytoniowych, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających oraz obrotu nimi;
 - 2) handlu obnośnego;
 - 3) wprowadzania zwierząt do budynku Podmiotu;
 - 4) prowadzenia głośnych rozmów;
 - 5) zakłócania spokoju innych pacjentów;
 - 6) siadania na łóżku chorego i łóżkach innych pacjentów;
 - 7) dostarczania choremu artykułów spożywczych, których spożywanie zostało mu zabronione przez personel medyczny
 - 8) manipulowania przy aparaturze medycznej.

§ 75

1. Pacjent i osoby odwiedzające zobowiązane są do poszanowania mienia będącego własnością Podmiotu.
2. W przypadku niezastosowania się do obowiązku określonego w ust. 1, pacjenci i osoby odwiedzające ponoszą odpowiedzialność materialną za zniszczenie lub uszkodzenie mienia będącego własnością Podmiotu.

§ 76

Dyrektor Podmiotu lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku istnienia prawdopodobieństwa zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne Podmiotu.

§ 77

Obowiązkiem pacjenta jest zapoznanie się z prawami i obowiązkami pacjenta, a także przestrzeganie w szczególności:

- 1) rozkładu dnia podczas pobytu w Podmiocie i stosowanie się do poleceń zespołu medycznego;
- 2) zasad współżycia społecznego tak, aby nie zakłócać spokoju innych pacjentów oraz przysługujących im praw;
- 3) zakazu spożywania alkoholu, środków odurzających i palenia tytoniu na terenie Podmiotu oraz samowolnego (bez konsultacji z personelem medycznym Podmiotu) zażywania leków;
- 4) zakazu samowolnego opuszczania oddziału oraz Podmiotu;
- 5) przestrzegania ogólnie przyjętych zasad bhp.

§ 78

1. Informacje o stanie zdrowia pacjentów udzielane są jedynie osobom/podmiotom uprawnionym do ich uzyskania.

2. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udzielają wyłącznie lekarze, w dniach i godzinach ustalonych przez lekarza kierującego oddziałem/ ordynatora oddziału.
3. O stanie zdrowia ciężko chorych bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają także informacji w każdym czasie po zabezpieczeniu medycznym pacjenta.
4. Informacje o stanie zdrowia pacjenta przekazywane telefonicznie powinny być udzielane, gdy przemawiają za tym szczególne okoliczności, a dodatkowo zostanie uprawdopodobniona tożsamość rozmówcy.

PODROZDZIAŁ 3 WYPIS PACJENTA

§ 79

1. Wypisanie pacjenta hospitalizowanego w Podmiocie następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Podmiocie;
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy pacjent rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy występuje o wypisanie z Podmiotu na własne żądanie wówczas jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Pacjent występujący o wypisanie z Podmiotu składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie.
4. W przypadku braku oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Gdy wypisania z Podmiotu żąda przedstawiciel ustawowy pacjenta, którego stan wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor Podmiotu lub upoważniony przez niego lekarz może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy miejscowo sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym Podmiot niezwłocznie zawiadamia właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
6. Gdy stan pacjenta tego wymaga, pacjent jest kierowany do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu kontynuacji procesu diagnostyczno – terapeutycznego.
7. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem/ordynator albo lekarz przez niego upoważniony.

§ 80

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, ponoszą koszty pobytu pacjenta w Podmiocie, począwszy od terminu określonego przez Dyrektora Podmiotu na wniosek lekarza kierującego oddziałem/ ordynatora oddziału niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

§ 81

Jeżeli przedstawiciel ustawowy albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji z Podmiotu w terminie wypisu lekarz kierujący oddziałem/ordynator oddziału zawiadamia o tym niezwłocznie odpowiedni organ gminy właściwej ze względu na miejsce

zamieszkania lub ze względu na ostateczne miejsce pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy transport sanitarny do miejsca pobytu pacjenta.

PODROZDZIAŁ 4 PRZENIESIENIE PACJENTA DO INNEGO PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 82

1. Przeniesienie pacjenta z Podmiotu do innego podmiotu leczniczego powinno wynikać ze wskazań medycznych, co nie narusza uprawnień pacjenta do wyboru podmiotu leczniczego z którego świadczeń zdrowotnych chce korzystać.
2. Zapewnienie transportu pacjenta z Podmiotu do innego podmiotu leczniczego odbywa się zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz na zasadach określonych w wewnętrznych aktach normatywnych Podmiotu.
3. Lekarz kierujący oddziałem/ordynator oddziału, lekarz upoważniony przez ordynatora oddziału lub lekarz dyżurny podejmuje decyzję o składzie obsługi transportu sanitarnego, kierując się stanem zdrowia pacjenta.
4. Pacjent otrzymuje kartę informacyjną z pobytu w Podmiocie oraz skierowanie do podmiotu leczniczego, do którego jest przewożony.
5. Jeżeli pacjent jest w ciężkim stanie dokumentację, o której mowa w ust. 4, otrzymuje obsługa transportu sanitarnego.
6. W razie konieczności udostępnienia innych dokumentów z leczenia pacjenta, należy je przekazać pacjentowi lub obsłudze transportu sanitarnego.
7. Lekarz bezpośrednio przekazujący pacjenta ma obowiązek udzielić obsłudze transportu pisemnej informacji, jeżeli stan pacjenta wymaga kontynuacji leczenia w trakcie transportu.
8. Za stan zdrowia pacjenta w czasie trwania transportu odpowiada zespół transportowy.
9. Jeżeli w transporcie pacjenta uczestniczy lekarz za stan zdrowia pacjenta odpowiada lekarz bezpośrednio uczestniczący w transporcie sanitarnym.

PODROZDZIAŁ 5 POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA LUB W RAZIE JEGO ŚMIERCI

§ 83

W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, ordynator oddziału, lekarz lub upoważniona przez nich osoba jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego.

§ 84

1. Pielęgniarka, położna, ratownik medyczny niezwłocznie powiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w Podmiocie.
2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
3. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
4. Szczegółowe zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta regulują wewnętrzne przepisy Podmiotu oparte na przepisach prawa powszechnie obowiązującego w tym zakresie.

§ 85

1. Zwłoki pacjentów zmarłych w Podmiocie są przechowywane w chłodni podmiotu zewnętrznego, z którym Podmiot ma zawartą umowę na świadczenie określonych usług, nie dłużej niż 72 godziny.
2. Zwłoki można przechowywać dłużej niż przez 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 powyżej, ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
3. Za okres przechowywania zwłok powyżej 72 godzin pobierana będzie opłata zgodnie z cennikiem za usługi świadczone przez Podmiot wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, który jest dostępny na stronie internetowej Podmiotu.
4. Po upływie 72 godzin osoba lub instytucja uprawniona do odebrania zwłok będzie obciążana kosztami za każdą rozpoczętą dobę, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Jeżeli termin, o którym mowa w ust. 1, upływa w niedzielę lub święto, wówczas odebranie zwłok może odbyć się do godziny 10.00 kolejnego dnia roboczego.
6. Za wydłużony okres ponad 72 godzin w sytuacji, o której mowa w ust. 5, nie pobiera się opłat.

PODROZDZIAŁ 6 TRANSPORT SANITARNY

§ 86

Zasady oraz tryb zlecenia transportu sanitarnego regulują wewnętrzne przepisy Podmiotu oparte na przepisach prawa powszechnie obowiązującego w tym zakresie.

PODROZDZIAŁ 7 PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI I UDZIELENIE INFORMACJI ZAKŁADOM UBEZPIECZEŃ

§ 87

1. Podmiot prowadzi dokumentację medyczną według obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi oraz uregulowaniami wewnętrznymi.
2. Podmiot udostępnia dokumentację medyczną podmiotom uprawnionym oraz w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawnymi.
3. Dokumentacja medyczna zakończona udostępniana jest w Archiwum zakładowym prowadzonym w Dziale Organizacji Świadczeń Medycznych i Dokumentacji, z uwzględnieniem godzin pracy wskazanych komórek organizacyjnych.
4. W trakcie pobytu w Podmiocie pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta ma prawo wglądu do indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej jego leczenia w oddziale Podmiotu.

§ 88

1. Ustala się opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w następujący sposób:
 - 1) za 1 stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekroczyć 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie

- art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) za 1 stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1);
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).
2. Wysokość opłat, przy uwzględnieniu współczynników, o których mowa w ust. 1, jest podana w Cenniku za usługi świadczone przez Podmiot wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, który jest dostępny na stronie internetowej Podmiotu, przy uwzględnieniu, iż jeżeli w ramach jednostkowego Cennika wskazano opłaty przekraczające kwoty wyliczone zgodnie z ust. 1 powyżej zastosowanie znajduje zamiast opłaty wadliwie ustalonej opłata maksymalna ustalona według wskazań ust. 1 powyżej.
 3. Wysokość opłat będzie aktualizowana co kwartał, przy uwzględnieniu przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1).
 4. Podmiot sporządza i przekazuje nieodpłatnie pacjentowi posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.
 5. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, 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) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 17d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 4) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych;
 - 5) w innych przypadkach, kiedy powszechnie obowiązujące przepisy prawa przewidują zwolnienie od pobierania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

§ 89

Wysokość opłat z tytułu udzielenia przez Podmiot uprawnionemu zakładowi ubezpieczeń informacji, o których mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej podana jest w Cenniku za usługi świadczone przez Podmiot wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, który jest dostępny na stronie internetowej Podmiotu i ustalana jest ona zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, bądź innym aktem realizującym założenia przedmiotowego aktu wykonawczego.

PODROZDZIAŁ 8 ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

§ 90

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego

- i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez Podmiot liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
 3. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
 4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze świadczeń publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.

§ 91

1. Wysokość opłat, o których mowa w § 90 Regulaminu, jest podana w Cenniku za usługi świadczone przez Podmiot wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, który jest dostępny na stronie internetowej Podmiotu, z uwzględnieniem ust. 2 poniżej.
2. Ze względu na stan pacjenta oraz specyfikę planowanego procesu diagnostyczno-terapeutycznego Podmiot może ustalać wysokość opłat dla poszczególnych przypadków indywidualnie.
3. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie w sytuacjach, w których przepisy dopuszczają taką odpłatność, Podmiot wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

PODROZDZIAŁ 9 MONITORING WIZYJNY

§ 92

1. Szczegółowe zasady funkcjonowania systemu obserwacji wizyjnej oraz sposób obserwacji pomieszczeń Podmiotu za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring wizyjny) regulują wewnętrzne przepisy Podmiotu oparte na obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.
2. Pomieszczenia ogólnodostępne, m.in. ciągi komunikacyjne, wejścia do Podmiotu, obszar dookoła Podmiotu są monitorowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Podmiotu oraz w celu nadzoru nad mieniem Podmiotu.
3. Pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pomieszczenia, w których przebywają pacjenci, m.in. pokoje łóżkowe mogą być monitorowane z wykorzystaniem urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu bez opcji dźwięku i czasu oraz bez rejestrowania dźwięku. Celem monitoringu przedmiotowych pomieszczeń jest wyłącznie bieżąca obserwacja stanu zdrowia pacjentów przez personel medyczny. Monitoring prowadzony jest w sposób pozwalający na przestrzeganie praw pacjentów, a także uwzględniający wytyczne wynikające w tym zakresie z obowiązujących przepisów prawa, jeśli te nakładają na Podmiot dodatkowe obowiązki w zakresie monitoringu.
4. Nagrania uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 1 zawierające dane osobowe, Podmiot przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 30 dni od dnia nagrania.
5. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 4 uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu.

ROZDZIAŁ VI ORGANIZACJA, ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA

PODROZDZIAŁ 1
ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH POSZCZEGÓLNYCH ZAKŁADÓW
LECZNICZYCH

§ 93

1. W skład Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wchodzi obszary:
 - 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
 - 2) resuscytacyjno-zabiegowy;
 - 3) wstępnej intensywnej terapii;
 - 4) terapii natychmiastowej;
 - 5) obserwacji;
 - 6) konsultacyjny;
 - 7) zaplecza administracyjno-gospodarczego.
2. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce, niezbędnej pomocy lekarskiej oraz podjęciu leczenia w zakresie koniecznym do podtrzymania lub stabilizacji funkcji życiowych osób, które uległy nagłemu zachorowaniu, zatruciu bądź urazowi i zostały przywiezione przez zespół ratownictwa medycznego lub zgłosiły się samodzielnie;
 - 2) udzielanie pomocy poszkodowanym w zdarzeniach nadzwyczajnych o charakterze mnogim, masowym lub katastroficznym;
 - 3) analiza funkcjonowania systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym Szpitalnego Oddziału Ratunkowego;
 - 4) edukacja i promocja zdrowia w zakresie ratownictwa i medycyny ratunkowej;
 - 5) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
 - 6) transport pacjentów na terenie Podmiotu pomiędzy oddziałami i innymi jednostkami lub komórkami organizacyjnymi.

§ 94

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

1. przyjmowanie do Podmiotu chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w trybie nagłym i planowym według opracowanych procedur;
2. udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia szpitalnego lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie;
3. zabezpieczenie odzieży i rzeczy wartościowych pacjenta;
4. transport pacjentów na oddziały, blok operacyjny, do pracowni diagnostycznych;
5. prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną.

§ 95

1. Oddziały zapewniają pacjentowi przyjętemu do Podmiotu świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Do zadań oddziałów należy w szczególności:
 1. zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej w zakresie specjalności oddziału;
 2. rozpoznawanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia;
 3. udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach;
 4. udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie Podmiotu i inne jednostki ochrony zdrowia;
 5. zabezpieczenie rehabilitacji wczesnej (przyłożkowej) wszystkim pacjentom wymagającym usprawnienia;
 6. wykonywanie badań diagnostycznych w oparciu o pracownie diagnostyczne na rzecz pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych;
 7. zapewnienie opieki pielęgnacyjnej uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta;

8. utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi;
9. prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych;
10. prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
11. prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz innych form kształcenia ustawicznego pracowników medycznych;
12. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w oddziale na podstawie harmonogramu dyżurów lekarskich, sporządzonego przez ordynatora oddziału i zatwierdzonego przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa;
13. prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną, w tym dokonywanie wstępnej kontroli indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oddziałów Podmiotu pod kątem zgodności z obowiązującymi przepisami, kompletności dokumentów i wpisów, zgodności wpisów w wersji papierowej z wersją elektroniczną;
14. gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych.

§ 96

1. W skład Centralnego Traktu Operacyjnego/Bloku Operacyjnego wchodzi:
 - 1) sale operacyjne;
 - 2) śluzy dla pacjentów;
 - 3) śluzy szatniowe;
 - 4) śluzy materiałowe;
 - 5) pomieszczenie przygotowawcze dla personelu;
 - 6) pomieszczenie przygotowania pacjenta;
 - 7) pomieszczenie dla personelu;
 - 8) sala znieczuleń;
 - 9) sala nadzoru poznieczuleniowego;
 - 10) magazyn sprzętu i aparatury;
 - 11) magazyn czystej bielizny;
 - 12) magazyn do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny;
2. W ramach Centralnego Traktu Operacyjnego funkcjonuje sala operacyjna robotyki zarządzana przez kierownika tej sali odpowiedzialnego za jej organizację i funkcjonowanie.
3. W ramach Podmiotu funkcjonuje Centralny Trakt Operacyjny (lokalizacja przy Al. Kraśnickiej 100) oraz Bloki Operacyjne (w lokalizacjach przy ul. Herberta 21, ul. Lubartowskiej 81).
4. Zadaniem Centralnego Traktu Operacyjnego/Bloku Operacyjnego jest organizacja i przeprowadzanie zabiegów operacyjnych planowych i ostrych w warunkach znieczulenia.
5. Zabiegi operacyjne odbywają się według harmonogramu ustalonego przez Kierownika Centralnego Traktu Operacyjnego/Kierownika sali operacyjnej robotyki/Bloku Operacyjnego na podstawie planów operacyjnych oddziałów.
6. Po zakończeniu zabiegu operacyjnego pacjent podlega wybudzeniu i opiece właściwego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego.
7. Na bloku prowadzona jest dokumentacja wykonywanych zabiegów, zużytych materiałów, opisów operacyjnych.
8. Księga/wykaz sali operacyjnej uzupełniana jest przez lekarza operatora niezwłocznie po zakończeniu zabiegu.
9. Prowadzi się księgę/wykaz bloku operacyjnego, które składają się z ksiąg/wykazów sal operacyjnych.
10. Lekarz operujący ma obowiązek osobiście zbadać pacjenta i zapoznać się z wymaganą dokumentacją pacjenta przed rozpoczęciem zabiegu operacyjnego.
11. Blok operacyjny powinien być utrzymany w stanie ciągłej gotowości do wykonania planowych i nagłych zabiegów operacyjnych i tak zorganizowany, aby w razie nagłej

potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.

12. Informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, zamieszcza się w okołoperacyjnej karcie kontrolnej, którą następnie dołącza się do historii choroby pacjenta.
13. Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest każdorazowo lekarz anestezjolog obecny przy danym zabiegu operacyjnym, zaś w przypadku zabiegów wykonywanych w znieczuleniu miejscowym bez udziału lekarza anestezjologa, koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz wykonujący zabieg.

§ 97

Zadaniem poradni specjalistycznych jest działalność diagnostyczna, lecznicza i profilaktyczna na rzecz pacjentów, a w szczególności:

- 1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych;
- 2) wykonywanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych;
- 3) prowadzenie właściwej dokumentacji;
- 4) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
- 5) prowadzenie działań profilaktycznych;
- 6) wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty zaopatrzenia ortopedycznego;
- 7) wnioskowanie w sprawach konieczności leczenia sanatoryjnego;
- 8) organizowanie i prowadzenie szkoleń wewnętrznych personelu;
- 9) umożliwienie podnoszenia kwalifikacji personelu poprzez udział w szkoleniach zewnętrznych;
- 10) prowadzenie działalności sprawozdawczej wewnętrznej i zewnętrznej;
- 11) analiza danych w zakresie realizacji udzielanych świadczeń pod względem ilościowym, rodzajowym i kosztowym;
- 12) współdziałanie z właściwymi jednostkami organizacyjnymi Podmiotu w celu kompleksowego zabezpieczenia udzielanych świadczeń medycznych;
- 13) współdziałanie z innymi jednostkami organizacyjnymi ochrony zdrowia, administracji publicznej, towarzystwami naukowymi, organizacjami społecznymi, zakładami pracy i placówkami oświaty zdrowotnej.

§ 98

Do zadań Pracowni Audiometrii i Rynometrii należy:

- 1) wykonywanie badań audiometrycznych i rynometrycznych dla wszystkich pacjentów Poradni Audiologicznej, którzy zgłaszają się na wizyty planowe;
- 2) wykonywanie badań audiometrycznych i rynometrycznych dla pacjentów z innych poradni na zlecenie lekarza;
- 3) wykonywanie badań audiometrycznych i rynometrycznych dla porad konsultacyjnych pacjentów leczonych w poradniach.

§ 99

Do zadań Pracowni Densytometrycznej należy:

- 1) wykonywanie badania densytometrycznego dla pacjentów leczonych w Poradni Leczenia Osteoporozy;
- 2) wykonywanie badania densytometrycznego dla pacjentów z innych poradni na zlecenie lekarza leczącego;
- 3) wykonywanie badania densytometrycznego dla pacjentów z dodatkowych umów zawartych przez Podmiot.

§ 100

Do zadań Pracowni Elektrokardiografii należy:

- 1) wykonywanie badań EKG dla wszystkich pacjentów Poradni, którzy zgłaszają się na wizyty planowe;
- 2) wykonywanie badań EKG dla pacjentów z innych poradni na zlecenie lekarza;
- 3) wykonywanie badań EKG dla porad konsultacyjnych pacjentów leczonych w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej.

§ 101

1. Do zadań Poradni Medycyny Pracy należy:
 - 1) ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie pracowników Podmiotu;
 - 2) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Podmiotu.
2. Do zakresu czynności pracownika na stanowisku lekarza Poradni Medycyny Pracy należy:
 - 1) przeprowadzanie wstępnych badań u kandydatów do pracy;
 - 2) przeprowadzanie okresowych i kontrolnych badań u pracowników podlegającym tym badaniom według przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
 - 3) udzielanie indywidualnych porad lekarskich pacjentom zgłaszającym się do gabinetu;
 - 4) udzielanie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy i w nagłych zachorowaniach;
 - 5) współpraca z Inspektorami BHP w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników Podmiotu;
 - 6) uczestniczenie w inicjatywach prozdrowotnych na rzecz pracujących, zwłaszcza dotyczących realizacji programów promocji zdrowia;
 - 7) współdziałanie z Państwową Inspekcją Pracy, Państwową Inspekcją Sanitarną oraz innymi organami nadzoru i kontroli warunków pracy;
 - 8) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej i statystycznej.

§ 102

Do zadań Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych należy wykonywanie m.in.:

- 1) iniekcji domięśniowych i dożylnych;
- 2) zabiegów ambulatoryjnych;
- 3) pomiarów RR;
- 4) oznaczeń poziomu glukozy we krwi;
- 5) opatrunków i zmian opatrunków;
- 6) pomiarów: wagi i wzrostu;
- 7) inhalacji.

§ 103

1. Do zadań Podstawowej Opieki Zdrowotnej należą:
 - 1) udzielanie świadczeń gwarantowanych podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom zadeklarowanym do lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w tym udzielanie świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia (wizyty patronażowe w okresie od 1 do 4 tygodnia życia dziecka, badania lekarskie w 1 roku życia dziecka, badania bilansowe w okresie od 2 do 19 roku życia, kwalifikacja do szczepień ochronnych);
 - 2) udzielanie porad lekarskich w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy zadeklarowanych pacjentów (osoby zamieszkałe na terenie tego samego województwa, ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia);
 - 3) udzielanie porad lekarskich i pielęgniarskich osobom spoza listy zadeklarowanych pacjentów, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 4) udzielanie świadczeń przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
 - 5) udzielanie porad kwalifikacyjnych do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w podstawowej opiece zdrowotnej;

- 6) udzielanie świadczeń gwarantowanych podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom zadeklarowanym do pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu udzielania świadczeń oraz w domu pacjenta wykonywanych na zlecenie lekarza lub z inicjatywy własnej;
 - 7) udzielanie świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy;
 - 8) udzielanie świadczeń dzieciom – wizyty patronażowe do 1 roku życia, wykonywanie badań przesiewowych, szczepień ochronnych;
 - 9) udzielanie świadczeń medycznych pacjentkom zadeklarowanym do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu udzielania świadczeń oraz w domu;
 - 10) udzielanie świadczeń w edukacji przedporodowej;
 - 11) wykonywanie wizyt patronażowych przez położne;
 - 12) wykonywanie wizyt przez położne w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych;
2. Zespołem transportu medycznego udzielającym świadczeń zdrowotnych w specjalistycznym środku transportu w zakresie merytorycznym (tj. w sprawach udzielanych świadczeń zdrowotnych) kieruje Kierownik Podstawowej Opieki Zdrowotnej, zaś w zakresie organizacyjno-administracyjnym kieruje Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego.

§ 104

Do zadań Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej należy:

- 1) prowadzenie kompleksowej ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej wczesnej i późnej pacjentów po przebyciu zawale serca, po operacji na sercu i naczyniach wieńcowych, po zabiegach plastyki naczyń wieńcowych i plastyki ze wszczepieniem stentów, po ostrych incydentach wieńcowych i po wszczepieniu rozrusznika;
- 2) skrócenie czasu rekonwalescencji, poprawa tolerancji wysiłku, poprawa jakości życia, poprawa stanu psychicznego, przywrócenie samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie i rodzinie, powrotu do aktywności zawodowej, powstrzymanie dalszego rozwoju miażdżycy, zapobieganie następnym ostrym incydentom wieńcowym;
- 3) wykonywanie badań diagnostycznych – próby wysiłkowe, badanie Holter EKG i Holter RR pacjentom Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej i Poradni Kardiologicznej;
- 4) prowadzenie zajęć z promocji zdrowia w zakresie modyfikacji prozdrowotnej stylu życia;
- 5) prowadzenie szkoleń personelu, podnoszących ich wiedzę i umiejętności.

§ 105

Do zadań Ośrodka Rehabilitacji Leczniczej należy:

- 1) udzielanie indywidualnych świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej osobom ze schorzeniami narządu ruchu;
- 2) udzielanie indywidualnych świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej osobom z ograniczoną sprawnością organizmu;
- 3) udzielanie konsultacji lekarskich w ramach Poradni rehabilitacyjnej;
- 4) prowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa.

§ 106

Do zadań Zakładu Diagnostyki Endoskopowej należy wykonywanie badań endoskopowych, w tym:

- 1) kolonoskopia diagnostyczna i zabiegowa;
- 2) gastroscopia diagnostyczna i zabiegowa;
- 3) zabiegi diagnostyczne i zabiegowe wykonywane na drogach żółciowych i trzustkowych (ECPW);
- 4) bronchofiberoskopia diagnostyczna;
- 5) rektoskopia/ proktosigmoidoskopia.

§ 107

Do zadań zakładów laboratoryjnych należy w szczególności:

- 1) wykonywanie badań z zakresu biochemii, analityki ogólnej, immunologii, hematologii, koagulologii, markerów nowotworowych, diagnostyki hormonalnej, mikrobiologii, serologii, toksykologii oraz badań genetycznych na zlecenie właściwych komórek organizacyjnych Podmiotu;
- 2) wykonywanie badań specjalistycznych na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie odrębnych umów oraz na rzecz pacjentów nieubezpieczonych;
- 3) pobieranie materiału do badań od pacjentów ambulatoryjnych oraz pacjentów komercyjnych zgodnie z obowiązującym w Podmiocie cennikiem badań;
- 4) prowadzenie na rzecz Podmiotu Banku Krwi.

§ 108

Do zadań zakładów/działów diagnostyki radiologicznej oraz radiologii zabiegowej należy wykonywanie badań diagnostycznych i zabiegów zleczanych przez oddziały i poradnie, w tym:

- 1) badań obrazowych z zakresu radiologii klasycznej (zdjęcia klatki piersiowej, jamy brzusznej, kostne i inne);
 - 2) badań tomografii komputerowej w pełnym zakresie;
 - 3) badań USG wraz z badaniami dopplerowskimi naczyń a także biopsji narządów pod kontrolą USG;
 - 4) badań angiograficznych diagnostycznych w pełnym zakresie;
 - 5) zabiegów z zakresu radiologii interwencyjnej, w tym:
 - a) PTA tętnic obwodowych;
 - b) stentowanie tętnic obwodowych;
 - c) stentowanie tętnic szyjnych z neuroprotekcją;
 - d) embolizacje w przypadku krwawień pourazowych i z guzów;
 - e) zamykanie żyłaków powrózka nasiennego;
 - f) drenaże przezwątrobowe z implantacją stentów;
 - g) mechaniczna trombektomia w przypadku udaru mózgu;
 - h) nefrostomia oraz plastyka moczowodów i szynowanie moczowodów;
 - 6) badań rezonansu magnetycznego;
 - 7) badań mammograficznych;
 - 8) badań USG piersi;
 - 9) biopsji diagnostycznych cienkoigłowych pod kontrolą USG;
- oraz prowadzenie profilaktyki raka piersi, skóry, czerniaka i krzewienie oświaty zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka piersi.

§ 109

Do zadań Zakładu Medycyny Nuklearnej należy:

- 1) wykonywanie badań diagnostycznych i terapii, tj.:
 - a) badań izotopowych;
 - b) terapii izotopowej;
 - c) badań kosztochłonnych;
- 2) wykonanie kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia na badania izotopowe i terapię z zakresu medycyny nuklearnej.

§ 110

Do zadań Zakładu Patomorfologii należy wykonywanie:

- 1) badań śródoperacyjnych (intry);
- 2) badań histopatologicznych;
- 3) badań biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC);
- 4) badań cytologicznych płynów jam ciała;
- 5) badań cytologii ginekologicznej (profilaktyka raka szyjki macicy).

§ 111

Do zadań Apteki/Apteki Szpitalnej należy w szczególności:

- 1) organizowanie i zaopatrywanie jednostek i komórek organizacyjnych Podmiotu w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 2) nadzór nad gospodarką lekami w Podmiocie;
- 3) właściwe przechowywanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 4) sporządzanie leków recepturowych i farmakopealnych;
- 5) udzielanie informacji o produktach leczniczych wraz z zagadnieniami farmacji klinicznej i racjonalnej farmakoterapii;
- 6) szkolenie stażystów i praktykantów, podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników apteki;
- 7) analizowanie kosztów zakupu produktów leczniczych i zużycia produktów leczniczych przez jednostki i komórki organizacyjne Podmiotu;
- 8) udział wyznaczonego pracownika w pracach Komitetu Terapeutycznego;
- 9) kontrola nad dopuszczeniem tlenu do celów leczniczych;
- 10) udział w monitorowaniu działań niepożądanych produktów leczniczych;
- 11) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Apteki/Apteki Szpitalnej.

§ 112

Do zadań Działu Epidemiologii należy w szczególności:

- 1) analiza i ocena sytuacji epidemiologicznej Podmiotu;
- 2) współpraca z Przewodniczącym Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w opracowywaniu, aktualizacji oraz realizacji programu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 3) prowadzenie edukacji pracowników Podmiotu w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 4) opracowanie i wdrożenie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym oraz nadzór nad ich przestrzeganiem;
- 5) monitorowanie i rejestracja drobnoustrojów alarmowych i zakażeń szpitalnych oraz sporządzanie raportów;
- 6) nadzorowanie stanu sanitarno-higienicznego Podmiotu;
- 7) prowadzenie kontroli wewnętrznej we wszystkich komórkach organizacyjnych Podmiotu w zakresie przestrzegania procedur dotyczących profilaktyki zakażeń szpitalnych;
- 8) opiniowanie wniosków dotyczących remontu i wyposażenia poszczególnych komórek organizacyjnych w aspekcie zapobiegania i redukcji ryzyka zakażeń szpitalnych;
- 9) współpraca z Komitetem Kontroli Zakażeń Szpitalnych, z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu, Naczelną Pielęgniarką, służbami medycyny pracy, Inspektorem BHP oraz instytucjami zewnętrznymi (kontrolującymi, naukowymi i opiniotwórczymi) w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń;
- 10) dokumentowanie prowadzonych działań.

§ 113

Do zadań Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych należy w szczególności:

- 1) całodobowa realizacja świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjentów przewlekle chorych, którzy mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną wymagają stałego nadzoru;
- 2) kontynuacja leczenia i rehabilitacja pacjentów zakwalifikowanych do Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych.

§ 113¹

Do zadań Centrum Edukacyjnego Robotyki Operacyjnej należy w szczególności:

- 1) kształcenie osób wykonujących zawód medyczny zgodnie z przepisami i innymi unormowaniami regulującymi kształcenie tych osób;
- 2) organizowanie i prowadzenie szkoleń, konferencji, kursów, warsztatów w zakresie szeroko rozumianej edukacji i promocji zdrowia oraz szkoleń dla innych podmiotów leczniczych oraz personelu medycznego odrębnego od personelu własnego Szpitala w zakresie wykonywania zawodów medycznych, organizacji pracy i zarządzania w służbie zdrowia oraz prawa medycznego, w tym szkoleń zawodowych poświęconych sekretarkom medycznym, koderom, rejestratorom medycznym i innym członkom personelu;
- 3) współpraca z potencjalnymi beneficjentami zwiększonego dostępu do systemów robotycznej chirurgii oraz podmiotami trzecimi,
- 4) wspieranie działań mających na celu upowszechnianie wykorzystania robotyki operacyjnej w ramach procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) kształtowanie świadomości w zakresie możliwości chirurgii robotycznej i metod robotycznych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

PODROZDZIAŁ 2

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH OBSŁUGUJĄCYCH ZAKŁADY LECZNICZE

§ 114

wykreślono.

§ 115

Do zadań Centralnej Sterylizatorni/Sterylizatorni należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie, sortowanie i demontaż dostarczonego sprzętu do sterylizacji;
- 2) mycie, dezynfekcja wstępna i właściwa narzędzi chirurgicznych i aparatury medycznej;
- 3) mycie i dezynfekcja wózków i elementów transportowych;
- 4) przechowywanie środków dezynfekcyjnych i przygotowywanie z nich roztworów roboczych;
- 5) obsługa myjni – dezynfektorów, myjni ultradźwiękowej;
- 6) suszenie, przeglądanie i pakietowanie zestawów operacyjnych i zabiegowych;
- 7) suszenie, przeglądanie i pakietowanie pojedynczych narzędzi oraz sprzętu anestetycznego;
- 8) przeglądanie, składanie i pakowanie bielizny operacyjnej;
- 9) załadunek przygotowanych wsadów do sterylizatorów;
- 10) obsługa sterylizatorów parowych i niskotemperaturowych;
- 11) tworzenie dokumentacji procesów sterylizacji;
- 12) wyładunek wysterylizowanych materiałów ze sterylizatorów oraz ich magazynowanie;
- 13) wydawanie wysterylizowanych materiałów na oddziały;
- 14) świadczenie usług sterylizacji dla podmiotów zewnętrznych.

§ 116

Do zadań Działu Aparatury Medycznej należy w szczególności:

- 1) zapewnienie pełnej sprawności aparatury medycznej i sprzętu medycznego Podmiotu poprzez:
 - a) wewnętrzne działania konserwacyjno-naprawcze;
 - b) zlecenie napraw i przeglądów okresowych serwisom zewnętrznym;

- c) wystawianie wewnętrznych opinii technicznych o wycofywanym sprzęcie i wnioskowanie o zakup nowego;
- 2) sporządzanie planów zaopatrzenia materiałowego i zapotrzebowania niezbędnego do utrzymania sprzętu i aparatury medycznej w należytym stanie;
- 3) prowadzenie oszczędnej gospodarki materiałowej poprzez nadzór i rozliczanie zużytych materiałów i narzędzi;
- 4) współdziałanie z medycznymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu w zakresie:
 - a) racjonalnego wykorzystania posiadanej aparatury i sprzętu medycznego;
 - b) planowania zakupów nowej aparatury i sprzętu medycznego;
 - c) modernizacji technicznych związanych z aparaturą i sprzętem medycznym;
- 5) współdziałanie z Działem Zamówień Publicznych i Zakupów w zakresie przygotowywania pod względem merytorycznym procedur przetargowych na zakup i serwis aparatury medycznej;
- 6) weryfikacja pod względem merytorycznym projektów umów darowizn i użyczeń aparatury i sprzętu medycznego;
- 7) nadzór i realizacja umów darowizn i użyczeń aparatury i sprzętu medycznego;
- 8) współdziałanie z Działem Zamówień Publicznych i Zakupów w zakresie racjonalnego zaopatrzenia w części zamienne i zużywalne, materiały eksploatacyjne aparatury medycznej;
- 9) współdziałanie z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczania, analizy i planowania kosztów utrzymania aparatury medycznej i sprzętu medycznego oraz w zakresie uaktualniania ewidencji aparatury i sprzętu medycznego;
- 10) prowadzenie niezbędnej dokumentacji ewidencyjno-technicznej aparatury i sprzętu medycznego Podmiotu;
- 11) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu.

§ 117

Do zadań Działu Żywnienia należy w szczególności:

- 1) organizowanie procesu żywienia dla potrzeb pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, zgodnie z normami zdrowego odżywiania i nowoczesnej dietetyki oraz zaleceniami lekarskimi;
- 2) opracowywanie planów zaopatrzenia w artykuły żywnościowe i uczestnictwo w procedurach zakupu, zgodnie z ustawą – Prawo Zamówień Publicznych;
- 3) prowadzenie gospodarki magazynowej w zakresie przyjmowania, kontroli jakości, właściwego składowania i wydawania towarów;
- 4) terminowe przygotowanie posiłków i ich dystrybucja do poszczególnych oddziałów szpitalnych, zgodnie z jadłospisem oraz obowiązującymi normami i procedurami;
- 5) zabezpieczenie właściwych warunków sanitarno-higienicznych do sporządzania i dystrybucji posiłków;
- 6) edukacja w zakresie prawidłowego żywienia i profilaktyki chorób dieto-zależnych;
- 7) bieżąca analiza kosztów żywienia;
- 8) sprawowanie kontroli i nadzoru nad całokształtem procesu żywienia;
- 9) ścisła współpraca z personelem medycznym oddziałów szpitalnych oraz innymi komórkami organizacyjnymi, w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji zadań;
- 10) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu;
- 11) analiza i stałe monitorowanie stanu usług gastronomicznych na rynku, sporządzanie oraz współdziałanie z innymi komórkami Szpitala w zakresie opracowywania ofert na udzielanie przedmiotowych usług;
- 12) zorganizowanie, przygotowanie, wdrożenie oraz weryfikowanie ogłoszonych postępowań przetargowych i zakupowych pod kątem złożenia przez Szpital oferty dla podmiotów zewnętrznych oraz klientów indywidualnych;

- 13) pozyskiwanie klientów usług gastronomicznych;
- 14) utrzymanie w należytej czystości kuchni oraz należyte użytkowanie znajdujących się w niej sprzętów;
- 15) prowadzenie usług gastronomicznych na rzecz Szpitala oraz innych jednostek na podstawie zawartych przez Szpital umów;
- 16) sprzedaż posiłków klientom indywidualnym;
- 17) bieżąca analiza jakości świadczonych przez Szpital usług gastronomicznych i dokonywanie cyklicznych czynności weryfikacyjnych w zakresie obszarów wymagających potencjalnego usprawnienia;
- 18) bieżące monitorowanie i usuwanie ewentualnych nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli jakości świadczonych przez Szpital usług gastronomicznych;
- 19) dbałość o stan zaopatrzenia w produkty i środki związane ze świadczeniem przez Szpital usług gastronomicznych;
- 20) monitorowanie stanu wykorzystania zasobów posiadanych przez Szpital na potrzeby świadczonych usług gastronomicznych oraz zgłaszanie w tym zakresie zapotrzebowania;
- 21) planowanie procesu produkcji gastronomicznej.

§ 118

Do zadań Działu Dietetyki należy w szczególności:

- 1) prowadzenie całokształtu spraw związanych z promocją zdrowego żywienia;
- 2) objęcie edukacją żywieniową pacjentów (pacjentów przebywających na leczeniu w oddziałach, jak również pacjentów korzystających z poradni przyszpitalnych);
- 3) objęcie opieką dietetyczną pacjentów z przewlekłymi chorobami układu pokarmowego, nerek, chorób metabolicznych, układu krążenia oraz prawidłowe żywienie dzieci, kobiet ciężarnych i karmiących;
- 4) prowadzenie dokumentacji żywieniowej, szkoleniowej;
- 5) opracowanie przykładowych jadłospisów z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno-leczniczych;
- 6) udział w kontroli jakości posiłków dostarczonych do oddziałów;
- 7) zatwierdzanie jadłospisów dekadowych;
- 8) sporządzanie raportów dotyczących oceny żywienia pacjentów;
- 9) wykonywanie zadań związanych z żywieniem zlecane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 10) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu.

§ 119

Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy prowadzenie działalności finansowo-księgowej, w szczególności:

- 1) prowadzenie rachunkowości Podmiotu zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, polegające na:
 - a) sporządzaniu, przyjmowaniu, obiegu, archiwizowaniu dokumentów zapewniających właściwy przebieg operacji finansowych, sporządzaniu kalkulacji wynikowej kosztów wykonanych zadań oraz sprawozdawczości finansowej;
 - b) terminowym przekazywaniu rzetelnych informacji ekonomicznych, terminowym i prawidłowym rozliczaniu osób materialnie odpowiedzialnych za to mienie, prawidłowym i terminowym dokonywaniu rozliczeń finansowych;
 - c) nadzorowaniu całokształtu prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne oraz jednostki nie bilansujące się samodzielnie;
- 2) prowadzenie gospodarki finansowej Podmiotu zgodnie z obowiązującymi zasadami, polegające na:
 - a) wykonywaniu dyspozycji środkami pieniężnymi Podmiotu zgodnie z przepisami;

- b) zapewnieniu pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Podmiot;
 - c) zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań;
- 3) analizowanie wykorzystania środków będących w dyspozycji Podmiotu;
 - 4) opracowanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowości, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji;
 - 5) wstępna kontrola legalności dokumentów finansowych;
 - 6) inwentaryzacja środków trwałych, wartości niematerialnych oraz niskocennych przedmiotów długotrwałego użytkowania;
 - 7) sporządzanie sprawozdań finansowych i ich analiza;
 - 8) przedkładanie Dyrektorowi Podmiotu wniosków w związku ze stwierdzeniem nieprawidłowości formalno-rachunkowych bądź nierzetelności dokumentu, tj. w przypadkach, kiedy ma miejsce odmowa podpisania dokumentu przez Głównego Księgowego.
 - 9) Pracownicy Działu Finansowo-Księgowego, przygotowują i prowadzą postępowania o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu.
 - 10) prowadzenie rachunku kosztów wg miejsc powstawania (alokacja) zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami przyjętymi w Podmiocie;
 - 11) definiowanie i aktualizacja kosztów rodzajowych;
 - 12) definiowanie i aktualizacja ośrodków kosztów oraz „kluczy” podziałowych rozliczających koszty, w powiązaniu ze strukturą organizacyjną Podmiotu oraz we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Podmiotu;
 - 13) sporządzanie wymaganych analiz i sprawozdań kosztowych, bieżąca kontrola kosztów, analiza odchyleń kosztów;
 - 14) analiza i kontrola kosztów jednostkowych działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu;
 - 15) sporządzanie, aktualizacja, analiza oraz raportowanie wykonania planu finansowego;
 - 16) analiza odchyleń Planu Finansowego oraz wyniku finansowego Podmiotu;
 - 17) ocena kondycji ekonomiczno – finansowej Podmiotu;
 - 18) wspieranie i udostępnianie informacji niezbędnych Dyrekcji dla planowania strategicznego;
 - 19) opracowywanie budżetów dla poszczególnych komórek organizacyjnych i monitoring ich realizacji;
 - 20) opracowywanie cenników;
 - 21) rozliczanie wykonywanych badań wynikających z zawartych umów dla podmiotów zewnętrznych;
 - 22) wystawianie faktur za wykonane badania dla podmiotów zewnętrznych;
 - 23) sporządzanie z danych pomocniczych informacji o ilości i wartości wykonanych badań w okresie rozliczeniowym zastosowanych następnie do wyliczania kosztów pośrednich;
 - 24) współpraca z zakładami diagnostycznymi i pracownikami w zakresie ilości i wartości wykonywanych badań i usług;
 - 25) analiza kosztów procedur medycznych, w tym m.in. dla celów badań klinicznych;
 - 26) wykonywanie zadań związanych z przeprowadzaniem badań klinicznych w Podmiocie zgodnie z wewnętrznymi regulacjami;
 - 27) przygotowywanie ofert na badania diagnostyczne w ogłaszanych konkursach ofert /SIWZ/ przez podmioty zewnętrzne.

§ 120

wykreślono.

§ 121

Do zadań Działu Higieny Szpitalnej należy w szczególności:

- 1) utrzymanie czystości na przydzielonych odcinkach pracy;
- 2) sprzątanie pomieszczeń w oparciu o procedury wewnętrzne;
- 3) obsługa szatni oraz szatni w Ośrodku Rehabilitacji Leczniczej;
- 4) przyjmowanie i wydawanie odzieży interesantów;
- 5) wydawanie i przyjmowanie wózków siedzących i leżących interesantom Szpitala;
- 6) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu.

§ 121¹

Do zadań Pralni należy w szczególności:

- 1) prowadzenie magazynu brudnej i czystej bielizny szpitalnej zgodnie z procedurą;
- 2) przyjmowanie i wydawanie bielizny na oddziały i działy Szpitala;
- 3) pranie i dezynfekcja m.in. pościeli, bielizny, koców itp.;
- 4) kontrola jakościowa i ilościowa prania;
- 5) sporządzanie rozliczeń za pranie bielizny na poszczególne oddziały i działy Szpitala;
- 6) prowadzenie analizy bielizny dla potrzeb pacjenta, celem wymiany bielizny zniszczonej na nową;
- 7) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu;
- 8) analiza i stałe monitorowanie stanu usług pralniczych na rynku, sporządzanie oraz współdziałanie z innymi komórkami Szpitala w zakresie opracowywania ofert na udzielanie przedmiotowych usług;
- 9) zorganizowanie, przygotowanie, wdrożenie oraz weryfikowanie ogłoszonych postępowań przetargowych i zakupowych pod kątem złożenia oferty dla podmiotów zewnętrznych oraz klientów indywidualnych;
- 10) pozyskiwanie klientów usług pralniczych;
- 11) utrzymanie w należytej czystości pralni oraz należyte użytkowanie znajdujących się w niej sprzętów;
- 12) bieżące monitorowanie i usuwanie ewentualnych nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli jakości świadczonych przez Szpital usług pralniczych;
- 13) dbałość o stan zaopatrzenia w produkty i środki związane ze świadczeniem przez Szpital usług pralniczych;
- 14) monitorowanie stanu wykorzystania zasobów posiadanych przez Szpital na potrzeby świadczonych usług pralniczych oraz zgłaszanie w tym zakresie zapotrzebowania.

§ 122

Do zadań Działu Informatyki należy w szczególności:

- 1) administracja serwerami i działającymi na nich usługami niezbędnymi do funkcjonowania szpitalnego systemu informatycznego;
- 2) utrzymanie ciągłości pracy systemów informatycznych użytkowanych w Podmiocie powierzonych do nadzoru i obsługi Działu Informatyki;
- 3) zarządzanie szpitalną siecią LAN;
- 4) naprawa i konserwacja sprzętu informatycznego;
- 5) wydawanie opinii technicznych dotyczących sprzętu informatycznego;
- 6) opiniowanie zapotrzebowań na zakup sprzętu informatycznego, oprogramowania i materiałów eksploatacyjnych do tego sprzętu;
- 7) bieżąca pomoc dla użytkowników komputerów w codziennej pracy;
- 8) administracja prawami dostępu do użytkowanych systemów informatycznych;
- 9) dbałość o zabezpieczenie przed niepożądanym dostępem do systemów informatycznych z wewnątrz jak i zewnątrz Podmiotu;
- 10) wykonywanie kopii zapasowych kluczowych elementów systemu informatycznego;
- 11) minimalizowanie działania szkodliwego oprogramowania;

- 12) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu.

§ 123

1. Dział Administracyjno-Gospodarczy realizuje zadania w podziale na Sekcje: gospodarcza, eksploatacji i remontów, transportu i logistyki.
2. Do zadań Sekcji gospodarczej należy w szczególności:
 - 1) utrzymanie czystości i porządku na zewnętrznym terenie Podmiotu oraz wokół obiektów w wyznaczonych dla tego działu obszarach;
 - 2) przewożenie sprzętu i wyposażenia komórek organizacyjnych do miejsca tymczasowego przechowywania na czas remontu, rozładunek i składowanie oraz ponowne zawieszenie wyżej wymienionego wyposażenia do danej komórki organizacyjnej, ustawianie mebli w komórkach organizacyjnych;
 - 3) przeprowadzanie inwentaryzacji okresowych, rocznych, zdawczo-odbiorczych oraz kontrolnych nieplanowanych: przedmiotów trwałych i niskocennych we wszystkich komórkach organizacyjnych Podmiotu;
 - 4) zagospodarowywanie surowców wtórnych oraz zużytego mienia pochodzących z bieżącej działalności Podmiotu i remontów;
 - 5) przygotowanie, wykonywanie i wydawanie wszelkiego rodzaju identyfikatorów, przepustek, informacji i ulotek;
 - 6) wykonywanie wszelkiego rodzaju oznaczeń, szyldów, ogłoszeń i innych materiałów informacyjnych w oddziałach i na terenie Podmiotu;
 - 7) wykonywanie wszystkich druków dla oddziałów Podmiotu;
 - 8) kserowanie dokumentacji dla komórek Podmiotu;
 - 9) sporządzanie wszelkiego rodzaju rozliczeń, zestawień i ewidencji oraz ruch środków trwałych i przedmiotów na terenie Podmiotu, w tym dokumentów MN i MT;
 - 10) prowadzenie dokumentacji związanej z zapotrzebowaniem recept dla wszystkich lekarzy Podmiotu;
 - 11) zamawianie, wydawanie i likwidacja oraz ewidencjonowanie pieczętek Podmiotu;
 - 12) przygotowanie oraz kontrola pod względem merytorycznym dokumentów związanych z opłatami podatku od nieruchomości;
 - 13) prowadzenie podstawowej dokumentacji wynikającej z zadań i działalności Działu;
 - 14) pomoc we wszelkich pracach prowadzonych przez pracowników technicznych;
 - 15) przygotowywanie opisów przedmiotu zamówienia/zakupu związanych z zakupami i usługami dotyczącymi takich usług jak: żywienie pacjentów, utrzymanie czystości, dezynfekcja i deratyzacja, inne;
 - 16) pozyskiwanie i eksponowanie historycznych artefaktów zgodnie z założeniami projektu „Centrum wspierania nowego Życia – Rewaloryzacja zabytkowego budynku dawnego Szpitala Żydowskiego oraz jego adaptacja w celu nadania mu nowych funkcji użytkowych, wraz z zagospodarowaniem terenu funkcjonalnie związanego z obiektem.”
3. Do zadań Sekcji eksploatacji i remontów należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad utrzymaniem całodobowej obsługi urządzeń i instalacji w Podmiocie, a także zapewnienie sprawności i bezpieczeństwa pracy poszczególnych oddziałów;
 - 2) utrzymanie ciągłości ruchu instalacji ciepłowniczych, sanitarnych, elektrycznych, wentylacji i klimatyzacji, kotłowni, gazów medycznych – oględziny/przeglądy;
 - 3) usuwanie awarii instalacji sanitarnych, ciepłowniczych, elektrycznych, wentylacji i klimatyzacji, kotłowni, gazów medycznych;
 - 4) konserwacja instalacji sanitarnych, ciepłowniczych, elektrycznych, wentylacji i klimatyzacji, kotłowni, gazów medycznych;
 - 5) usługi ogólnobudowlane – wykonywanie usług branżowych (warsztat ślusarski, stolarze, malarze) na podstawie zleceń;
 - 6) prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem Działu – prowadzenie ewidencji

- czasu pracy pracowników, umów z dzierżawcami pomieszczeń Podmiotu oraz fakturowanie, przygotowywanie dokumentacji przetargowej, monitorowanie i realizowanie zamówień w stosunku do zapotrzebowania;
- 7) telefoniczne lub elektroniczne przyjmowanie zleceń z poszczególnych oddziałów oraz rozdział prac na branżowych konserwatorów, weryfikacja wykonanych zadań i rozliczenia z materiałów;
 - 8) realizacja programu dostosowawczego Podmiotu do wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia Podmiotu stosownie do przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
 - 9) opracowywanie programów i założeń inwestycyjnych oraz nadzorowanie przygotowania projektów technicznych planowanych inwestycji budowlanych w zakresie inwestycji nowych oraz modernizacji i remontów obiektów istniejących z uwzględnieniem specyfiki Podmiotu i przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
 - 10) prowadzenie dokumentacji technicznej Podmiotu, w tym szczególnie ksiąg obiektów budowlanych;
 - 11) organizowanie oraz bezpośrednia odpowiedzialność za przeglądy obiektów Podmiotu stosownie do obowiązujących przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
 - 12) opracowywanie programów remontów obiektów oraz planów, zabiegów konserwacyjno-naprawczych;
 - 13) przygotowywanie zleceń niezbędnych ekspertyz i analiz stanu obiektów;
 - 14) uczestnictwo w przetargach zadań inwestycyjnych;
 - 15) realizacja nakazów i zaleceń organów kontroli technicznej, organów inspekcji pracy i ochrony przeciwpożarowej oraz inspekcji sanitarnej;
 - 16) prowadzenie nowości technicznych mających na celu usprawnienie usług leczniczych i modernizacji Podmiotu;
 - 17) kompletowanie dokumentów do zawierania umów na remonty zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego w zakresie zamówień publicznych i przedkładanie Dyrektorowi Podmiotu do zatwierdzenia;
 - 18) uczestnictwo w komisyjnym odbiorze końcowego wykonania zadania inwestycyjnego;
 - 19) wdrażanie procedur jakościowych w zakresie realizowanych zadań;
 - 20) prowadzenie postępowań na najmy i dzierżawy pomieszczeń/obszarów Podmiotu w porozumieniu z odpowiednimi Działami Podmiotu;
 - 21) nadzór nad realizacją umów najmu i dzierżawy oraz ich rozliczanie;
 - 22) prowadzenie dokumentacji związanej z przeglądami gwarancyjnymi, dotyczącymi wykonanych na terenie Podmiotu remontów.
4. Do zadań Sekcji transportu i logistyki należy:
- 1) organizacja pracy zespołu transportu medycznego;
 - 2) organizacja pracy transportu niemedycznego i logistyka z tym związana;
 - 3) przewóz pacjentów na badania, konsultacje oraz transport pacjentów do domu, zgodnie ze zleceniem lekarzy, wykonywany własnymi pojazdami;
 - 4) organizacja i przewóz własnym transportem specjalistycznym;
 - 5) zlecenie w ramach zawartych umów transportu specjalistycznego pacjentów do innych placówek medycznych, ewidencjonowanie i rozliczanie zleceń;
 - 6) przewóz dokumentacji i materiału do analiz i badań wykonywanych w innych laboratoriach;
 - 7) odbiór i dostarczanie dokumentacji oraz wyników badań dla oddziałów;
 - 8) transport krwi i innych płynów krwiopochodnych;
 - 9) kontrola i rozliczenia wykonywanych czynności transportowych;
 - 10) kontrola dokumentacji transportu medycznego, w tym poprawności wystawianych zleceń i pobieranych opłat;
 - 11) świadczenie usług transportu medycznego podmiotom zewnętrznym;
 - 12) współpraca w zakresie sprawozdawczości oraz rozliczeń związanych z prowadzeniem

transportu, a w szczególności rozliczania kosztów;
13) zapewnienie całodobowej komunikacji logistycznej w obrębie Podmiotu.

5. Pracownicy Działu Administracyjno-Gospodarczego, w podziale na Sekcje, przygotowują i prowadzą postępowania o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Działu.

§ 123¹

Do zadań Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej należy w szczególności:

- 1) realizacja umów, które merytorycznie podlegają działowi pod względem ilościowym i wartościowym (składy komisowe);
- 2) dokonywanie wycen sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz asortymentu, który jest przedmiotem umów realizowanych przez Dział Zamówień Publicznych i Zakupów;
- 3) dokonywanie zakupów „za gotówkę” po akceptacji Dyrektora Podmiotu lub Zastępców Dyrektora;
- 4) zgłaszanie do Działu Zamówień Publicznych i Zakupów zapotrzebowania na dokonanie zakupów w trybie pilnym (poza umowami) po akceptacji Dyrektora Podmiotu lub Zastępców Dyrektora z wyłączeniem zakupów, o których mowa w pkt 3 powyżej;
- 5) dbałość o prawidłowe opracowywanie przedmiotów zamówień, przy wsparciu zespołu do spraw opracowywania opisów zamówienia asortymentu jednorazowego oraz wielorazowego użytku wykorzystywanego przez szpital;
- 6) opisywanie dokumentów księgowych;
- 7) załatwianie formalności związanych z reklamacją towaru;
- 8) terminowe sporządzanie zamówień, śledzenie ich realizacji w celu pełnego zabezpieczenia potrzeb;
- 9) udział w sporządzaniu planów rocznych, kwartalnych, miesięcznych w zakresie poszczególnych branż oraz w zakresie zbiorczym;
- 10) ustalanie harmonogramu udzielania zamówień publicznych, w zakresie właściwym dla zadań Działu, na dany rok kalendarzowy;
- 11) dokonywanie okresowych przeglądów zapasów materiałowych oraz limitów;
- 12) wyjaśnienie i rozwiązywanie problemów związanych z terminowymi i zgodnymi z przedmiotem umowy dostawami;
- 13) przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie towaru z magazynu przy zachowaniu zasad uczciwej staranności;
- 14) wystawianie dokumentów przychodzących „PZ” oraz dokumentów zwrotu „WZ” pod względem ilościowym i wartościowym;
- 15) podpisywanie faktur, dowodów magazynowych oraz potwierdzeń odbioru i wysyłki towaru;
- 16) wystawianie dokumentów RW na podstawie zapotrzebowań otrzymanych z poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu;
- 17) sprawowanie bieżącego nadzoru nad zabezpieczeniami pomieszczeń magazynowych przed dostępem osób niepowołanych;
- 18) przygotowywanie zestawień asortymentu do zbycia i kasacji w zakresie działań Działu;
- 19) dokonywanie korekt zamówień miesięcznych dla utrzymania płynności magazynowej oraz utrzymanie zapasu podstawowego na okres ok. 2 tygodni;
- 20) wyjaśnianie i reklamacje przesyłek towarów dostarczanych do magazynu (brak wymaganej ilości, uszkodzony asortyment) oraz związanej z tym dokumentacji.
- 21) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu;
- 22) bezpośrednia współpraca z Działem Zamówień Publicznych i Zakupów;
- 23) nadzór nad gospodarką magazynową oraz szacowanie potrzeb uzupełnień stanów magazynowych wraz z określeniem wartości dla potrzeb doboru trybu postępowania zamówieniowego;

- 24) weryfikacja poziomu wykorzystania umów zawieranych w trybie przewidzianym dla zamówień poniżej 130.000,00 zł i działania inicjatorskie w zakresie konieczności uruchomienia procedury przetargowej;
- 25) sporządzanie okresowych analiz w zakresie możliwości usprawnienia dokonywania zamówień i zakupów, w tym z uwzględnieniem specyfiki bieżącego zapotrzebowania i szacowanych potencjalnych zmian zapotrzebowania celem umożliwienia przyjęcia właściwego trybu zakupowego;
- 26) dokonywanie analiz i ekspertyz w zakresie powtarzalności przedmiotów zamówień poniżej 130 000,00 zł, a także szacunków w zakresie potencjalnych potrzeb zakupów mogących skutkować koniecznością wdrożenia postępowania przetargowego w danym okresie;
- 27) wykonywanie cyklicznych audytów zgodności procesu zamówieniowego poniżej 130.000,00 zł oraz prowadzenie dokumentacji audytowej we współpracy z Działem Zamówień Publicznych i Zakupów;
- 28) okresowe wykonywanie audytu wewnętrznego w zakresie systemu zarządzania gospodarką magazynową i zasobami Podmiotu, w tym obejmujących dalsze szacowane wykorzystanie zasobów Podmiotu przez poszczególne komórki organizacyjne na dalsze okresy oraz prowadzenie dokumentacji audytowej w tym zakresie;
- 29) bieżące raportowanie Dyrekcji o wynikach audytów prowadzonych przez Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej

§ 124

Do zadań Działu Kadr i Płac należy prowadzenie spraw osobowych, zatrudnienia, wynagrodzenia, szkoleń i spraw socjalnych pracowników zatrudnionych w Podmiocie oraz emerytów i rencistów, byłych pracowników Podmiotu, a w szczególności:

- 1) w zakresie spraw osobowych:
 - a) przygotowanie i realizacja polityki kadrowej Podmiotu;
 - b) przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji związanej ze sprawami pracowniczymi oraz socjalnymi;
 - c) czuwanie nad prawidłową realizacją przepisów kodeksu pracy oraz innych przepisów określających prawa i obowiązki pracowników a także nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy;
 - d) prowadzenie akt osobowych pracowników dokumentujących przebieg zatrudnienia, tj. dokumentacji związanej z nawiązaniem, zmianą i rozwiązaniem stosunku pracy;
 - e) kontrolowanie ewidencji czasu pracy pracowników;
 - f) załatwianie wszelkich spraw dotyczących urlopów pracowniczych, w szczególności przez prowadzenie pełnej dokumentacji i ewidencji urlopów;
 - g) wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu pracowników;
 - h) kontrola porządku dyscypliny pracy;
 - i) analizowanie stanu zatrudnienia i wykorzystania czasu pracy w jednostkach i komórkach organizacyjnych Podmiotu;
 - j) koordynowanie procesu tworzenia opisów stanowisk i zakresów obowiązków przez kierowników komórek organizacyjnych i wyznaczanie jednolitych standardów działań w tym obszarze;
 - k) przygotowywanie kompletnej dokumentacji pracowników związanej z przejściem na emeryturę lub rentę;
 - l) prowadzenie spraw i dokumentacji związanej ze stażami podyplomowymi lekarzy oraz ze szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy rezydentów;
 - m) prowadzenie sprawozdawczości związanej z działalnością Działu;

- n) szkolenie pracowników Podmiotu w zakresie unormowań dotyczących stosunków pracy i spraw pracowniczych;
 - o) prowadzenie spraw określonych w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
 - p) przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji oraz zawieranie umów zleceń i o dzieło;
 - q) przygotowanie i prowadzenie dokumentacji dot. wynagrodzeń pracowników.
- 2) w zakresie rozliczeń płac:
- a) sporządzanie list płac pracowników Podmiotu na podstawie właściwych dokumentów (umowy o pracę itp.);
 - b) dokonywanie obowiązkowych potrąceń z wynagrodzeń;
 - c) sporządzanie list wypłat zasiłków chorobowych, opiekuńczych i innych wynikających z ubezpieczenia społecznego;
 - d) sporządzanie wypłat wynagrodzeń bezosobowych i honorariów;
 - e) prowadzenie analitycznej ewidencji rozrachunków z pracownikami z wszelkich tytułów;
 - f) bieżące prowadzenie ewidencji wynagrodzeń pracowników Podmiotu (dokumentacja płac: materiały źródłowe do obliczania wysokości płac, premii, potrąceń itp.);
 - g) okresowe analizowanie stanu należności pracowników i egzekwowanie tych należności;
 - h) gromadzenie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej wynagrodzeń, zasiłków z ubezpieczenia społecznego i potrąceń;
 - i) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzeń oraz przesyłanie informacji o wysokości zarobków do właściwych instytucji;
 - j) sporządzanie dokumentacji w zakresie finansowym dla celów emerytalnych i rentowych;
 - k) prowadzenie korespondencji w sprawach zarobków i zasiłków pracowników Podmiotu;
 - l) rozliczanie umów zleceń i o dzieło.

§ 125

Do zadań Działu Organizacji Świadczeń Medycznych i Dokumentacji należy w szczególności:

- 1) w zakresie organizacji świadczeń medycznych:
 - a) bieżące monitorowanie komunikatów Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie prowadzonych rokowań, konkursów ofert, weryfikacja możliwości zakontraktowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez komórki organizacyjne Podmiotu;
 - b) przygotowywanie ofert, dokumentacji aktualizacyjnej do Narodowego Funduszu Zdrowia do umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz innych dokumentów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie zawarcia umów;
 - c) przygotowywanie materiałów do prowadzenia negocjacji i re negocjacji umów – według rodzaju umowy;
 - d) analiza przekazywanych przez Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia aneksów do umów pod kątem wprowadzonych zmian: analiza planu rzeczowo-finansowego, weryfikacja zamian potencjału;
 - e) prowadzenie rozliczeń umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco oraz w zakresie przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontroli i weryfikacji wstecznych;
 - f) import świadczeń z systemu szpitalnego do programu rozliczeniowego, tworzenie raportów z realizacji umów i wysyłanie ich do Narodowego Funduszu Zdrowia, odbiór raportów zwrotnych, tworzenie żądań rozliczenia świadczeń, generowanie i przesyłanie na SZOI faktur za świadczenia;
 - g) zgłaszanie personelu do wzrostu wynagrodzeń oraz wystawianie faktur;

- h) sporządzanie i przekazywanie do Narodowego Funduszu Zdrowia raportów o fakturach zakupu leków za miesiąc sprawozdawczy;
- i) sporządzanie i przekazywanie do Narodowego Funduszu Zdrowia raportów o listach oczekujących i harmonogramach przyjęć za miesiąc sprawozdawczy oraz informacji o pierwszym wolnym terminie zgodnie z obowiązującymi wytycznymi;
- j) przygotowywanie raportów statystycznych według potrzeb związanych z realizacją umów;
- k) sporządzanie i przekazywanie do Działu Finansowo-Księgowego faktur za świadczenia zrealizowane w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- l) weryfikacja świadczeń odrzuconych przy imporcie do programu rozliczeniowego oraz odrzuconych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przekazywanie komórkom informacji i wskazówek w przedmiotowej sprawie;
- m) wprowadzanie na serwer dostępowy Narodowego Funduszu Zdrowia ankiet udarowych przekazanych przez oddziały Podmiotu;
- n) wprowadzanie na serwer wniosków o indywidualne rozliczenie oraz prowadzenie z Narodowym Funduszem Zdrowia korespondencji w sprawie;
- o) bieżące monitorowanie wydawanych aktów prawnych związanych z realizacją umów oraz Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i komunikatów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- p) tworzenie zgłoszeń do umów na podstawie przekazanych przez komórki informacji o zmianach;
- q) prowadzenie korespondencji z komórkami organizacyjnymi Podmiotu oraz jednostkami zewnętrznymi, w tym związanej z realizacją umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- r) sporządzanie i przekazywanie zestawień o miesięcznej realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia dla Podmiotu tworzącego oraz innych wymaganych informacji i zestawień;
- s) sporządzanie i przekazywanie zestawień o realizacji umów dla komórek organizacyjnych Podmiotu za okres sprawozdawczy i doraźnie;
- t) przekazywanie informacji komórkom organizacyjnym Podmiotu o umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- u) przygotowanie materiałów dotyczących warunków zawierania i realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz przekazywanie komórkom organizacyjnym Podmiotu informacji w przedmiotowej sprawie;
- v) importy elektronicznych wersji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia do systemów szpitalnych;
- w) zgłaszanie błędów i problemów związanych z rozliczaniem świadczeń w systemach informatycznych Podmiotu oraz prowadzeniem kolejek, pierwszego wolnego terminu, harmonogramów przyjęć;
- x) weryfikacja wpisów w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod kątem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- y) sporządzanie pełnomocnictw szczegółowych dotyczących zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz upoważnień dla pracowników – we współpracy z Działem Organizacyjno-Prawnym;
- z) udział w prowadzonych postępowaniach konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach, zakładach i poradniach Podmiotu;
- aa) nadawanie dostępu osobom upoważnionym przez Dyrektora Podmiotu do aplikacji Narodowego Funduszu Zdrowia - SZOI LOW NFZ, E-WUŚ, DILO, AP-KOLCE, AP-PKUŚ, SIMP, SMPT, AP-ZZ oraz zmiana hasła użytkowników według zgłaszanych potrzeb;

- bb) weryfikacja wpisów w aplikacjach Narodowego Funduszu Zdrowia z danymi przekazywanymi w raportach statystycznych, analiza błędów wskazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, współpraca z oddziałami;
 - cc) weryfikacja poprawności rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich prawidłowego i kompletnego rejestrowania w systemie informatycznym przez oddziały Podmiotu;
 - dd) przekazywanie informacji na oddziały Podmiotu o standardach i zasadach postępowania medycznego określonych w rozporządzeniach ministra zdrowia oraz o dodatkowej dokumentacji medycznej wprowadzonej zarządzeniami prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - ee) nadzór nad statystykami medycznymi na oddziałach w zakresie prowadzonych rozliczeń z tytułu realizowanych świadczeń zdrowotnych.
- 2) w zakresie archiwizacji i statystyki medycznej:
- a) prowadzenie Archiwum zakładowego;
 - b) archiwizowanie dokumentacji medycznej i dokumentacji administracyjnej;
 - c) współpraca z komórkami organizacyjnymi Podmiotu/stanowiskami samodzielnymi w zakresie przygotowania dokumentów do przejścia przez archiwum zakładowe, archiwizacji oraz kasacji dokumentacji medycznej i administracyjnej;
 - d) udostępnianie dokumentacji medycznej w formie papierowej, elektronicznej lub odwzorowania cyfrowego (skanu) oraz udzielanie informacji na zewnątrz zakładu jednostkom i podmiotom uprawnionym;
 - e) wystawianie dowodów księgowych i obsługa kasy fiskalnej w zakresie świadczonych przez archiwum zakładowe usług;
 - f) przygotowywanie dokumentacji do kontroli zewnętrznych;
 - g) współpraca z Archiwum Państwowym w zakresie zadań wynikających z ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
 - h) drukowanie Księgi głównej przyjęć i wypisów;
 - i) wykonywanie raportów dla zespołów roboczych w ramach działań prowadzących do poprawy jakości;
 - j) prowadzenie ruchu chorych Podmiotu oraz wyliczanie wskaźników dotyczących hospitalizacji, między innymi obłożenia łóżek, przedłużonych pobytów pacjentów;
 - k) tworzenie i udostępnianie analiz, zestawień do różnych potrzeb;
 - l) gromadzenie i opracowywanie danych statystycznych oraz przesyłanie ich do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego;
 - m) współpraca z oddziałami w zakresie obłożenia łóżek szpitalnych, Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców, gromadzenia danych statystycznych, objęcia ubezpieczeniem ze środków publicznych pacjenta, bądź wystawienia rachunku za pobyt w Podmiocie osobom nieposiadającym ubezpieczenia zdrowotnego;
 - n) weryfikacja uprawnień pacjentów do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w systemie NFZ-eWUŚ, które zostały odrzucone przez Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w raporcie rozliczeniowym oraz kompletowanie dokumentów pacjentów odrzuconych w raporcie rozliczeniowym Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - o) wystawianie dowodów księgowych osobom nieubezpieczonym;
 - p) kompletowanie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego i wysłanie ich do Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Lublinie;
 - q) merytoryczna kontrola kart statystycznych zgonu;
 - r) współpraca z jednostkami pomocy społecznej, rodziną pacjenta i innymi podmiotami w celu objęcia pacjenta ubezpieczeniem zdrowotnym, bądź refundacją kosztów leczenia;

- s) wystawianie zaświadczeń o pobycie pacjentów w Podmiocie w trakcie hospitalizacji oraz po zakończeniu hospitalizacji;
- t) współpraca z Zespołem Koordynującym Banku Tkanek Oka;
- u) tworzenie i aktualizacja normatywów kancelaryjno-archiwalnych oraz dokumentacji zarządzania jakością;
- v) generowanie dla organów zwierzchnich raportów sytuacyjnych;
- w) weryfikacja i eksport kart statystycznych Podmiotu (MZSzp-11);
- x) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Podmiotu w ramach delegowania uprawnień (potwierdzanie kserokopii dokumentacji za zgodność z oryginałem);
- y) współpraca z oddziałami Podmiotu pod kątem prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej;
- z) kontrola indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oddziałów Podmiotu pod kątem kompletności dokumentów;
- aa) opracowywanie raportów z oceny dokumentacji medycznej indywidualnej oraz formułowanie wniosków i spostrzeżeń;
- bb) znajomość oraz przekazywanie informacji do oddziałów Podmiotu o przepisach dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej i standardach, zasadach postępowania medycznego określonych w rozporządzeniach ministra zdrowia;
- cc) opracowywanie dokumentacji medycznej, zgłaszanie propozycji zmian w przedmiotowym zakresie oraz aktualizowanie stosownych procedur i zarządzeń wewnętrznych dotyczących dokumentacji medycznej we współpracy z komórkami organizacyjnymi.

§ 126

1. W ramach Działu Organizacyjno-Prawnego funkcjonuje Kancelaria Ogólna.
2. Do zadań Działu Organizacyjno-Prawnego należy w szczególności:
 - 1) współpraca z Dyrektorem Podmiotu oraz jego Zastępcami w zakresie organizacji Podmiotu;
 - 2) opracowywanie projektu oraz zmian Statutu Podmiotu;
 - 3) opracowywanie struktury organizacyjnej i Regulaminu Organizacyjnego oraz innych wewnętrznych aktów prawnych wymaganych do funkcjonowania Podmiotu, w tym ich aktualizacja;
 - 4) prowadzenie i uaktualnianie dokumentacji związanej z rejestracją i funkcjonowaniem Podmiotu (statut, rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, KRS);
 - 5) wdrażanie i kontrolowanie przestrzegania postanowień regulaminów wewnętrznych oraz przedkładanie Dyrektorowi Podmiotu propozycji i wniosków co do potrzeby ich aktualizacji i dokonywania niezbędnych zmian;
 - 6) prowadzenie zbioru i rejestru obowiązujących aktów normatywnych;
 - 7) prowadzenie dokumentacji związanej z rejestracją, funkcjonowaniem i restrukturyzacją Podmiotu;
 - 8) realizacja zadań z zakresu organizowania i prawidłowego funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Podmiocie;
 - 9) przeprowadzanie procedur konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w Podmiocie;
 - 10) prowadzenie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach i komórkach organizacyjnych Podmiotu;
 - 11) prowadzenie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez podmioty zewnętrzne na rzecz pacjentów Podmiotu;
 - 12) przygotowanie umów darowizn, umów użyczenia, umów na sterylizację, umów na świadczenia medyczne oraz ich zmian;
 - 13) współpraca z radcami prawnymi w zakresie przygotowywanych umów, pism, aktów wewnętrznych oraz przygotowywanie dokumentacji dla potrzeb Podmiotu;

- 14) monitorowanie nowych regulacji prawnych i bieżące informowanie o zmianach w przepisach prawnych;
- 15) sporządzanie pełnomocnictw, upoważnień dla pracowników Podmiotu oraz prowadzenie centralnego rejestru wszystkich pełnomocnictw;
- 16) prowadzenie postępowań w sprawie likwidacji szkód w zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej Podmiotu wynikających z błędów medycznych w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 17) współpraca z radcami prawnymi w zakresie postępowań prowadzonych przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie;
- 18) prowadzenie dokumentacji związanej z badaniami klinicznymi wykonywanymi w podmiocie;
- 19) prowadzenie centralnego rejestru umów;
- 20) współpraca z organizacjami związków zawodowych działającymi na terenie Podmiotu;
- 21) organizowanie systemu obiegu dokumentów i informacji dotyczących działalności Podmiotu;
- 22) organizowanie posiedzeń i obsługa kancelaryjna Rady Społecznej, w tym prowadzenie dokumentacji dotyczącej prac Rady;
- 23) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania zadań Działu;
- 24) udzielanie odpowiedzi na wnioski o udostępnienie informacji publicznej;
- 25) protokołowanie spotkań Dyrekcji ze związkami zawodowymi, pracownikami lub innymi podmiotami;
- 26) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Działu;
- 27) prowadzenie spraw administracyjnych dotyczących ekspozycji plakatów oraz informacji na terenie Podmiotu, w tym:
 - a) akceptacja materiałów reklamowych oraz wskazanie miejsca ich ekspozycji;
 - b) weryfikowanie dokonywanych opłat za ekspozycje materiałów reklamowych;
 - c) nadzór nad ekspozycją materiałów reklamowych, w tym nad czasem ich wywieszenia.
- 28) prowadzenie Kancelarii Ogólnej oraz punktów kancelaryjnych, w tym:
 - a) przyjmowanie, segregowanie oraz rejestrowanie wpływającej korespondencji według jej treści i przekazywanie jej odpowiednim adresatom;
 - b) przyjmowanie przesyłek, w tym poleconych i wartościowych, przekazywanych drogą elektroniczną oraz pocztową, sprawdzanie prawidłowości ich zaadresowania oraz stanu opakowania;
 - c) prowadzenie rejestru przesyłek specjalnego rodzaju: listy polecone imienne itp.;
 - d) dokonywanie zwrotu korespondencji mylnie doręczonej (adresowanej do innego adresata);
 - e) przekazywanie za pośrednictwem Sekretariatu korespondencji wewnętrznej oraz zewnętrznej przeznaczonej dla Dyrekcji Szpitala oraz jej rejestracja w książce kancelaryjnej według treści;
 - f) przekazywanie korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej adresatom według dekretacji Dyrektora lub jego zastępców;
 - g) przyjmowanie pism wewnętrznych od komórek organizacyjnych Szpitala, kserowanie ich oraz przekazywanie adresatom według rozdzielnika;
 - h) przekazywanie pracownikom Szpitala skierowań na badania okresowe;
 - i) prawidłowa realizacja umowy dot. kosztów wysyłki korespondencji;
 - j) miesięczne rozliczanie kosztów wysyłki z wyszczególnieniem oddziałów i działów Szpitala;
 - k) wykonanie zestawień miesięcznych i rocznych z wysłanych ilościowo przesyłek;
 - l) rejestrowanie przesyłek sądowych oraz przekazywanie ich odpowiednim komórkom organizacyjnym;

- m) wysyłanie pism i przesyłek do adresatów i ich rejestracja pod względem treści w książce kancelaryjnej;
 - n) wysyłanie przesyłek do adresatów za pośrednictwem firm kurierskich;
 - o) rejestrowanie przesyłek wysłanych zwykłych, poleconych, za potwierdzeniem odbioru itp. w książce pocztowej;
 - p) odbieranie i przysyłanie przesyłek drogą elektroniczną (e-PUAP).
- 29) nadzór nad funkcjonowaniem systemu zarządzania jakością w Podmiocie i wdrażaniem jego zmian, a w szczególności:
- a) nadzór nad pracami w zakresie wdrażania/utrzymania systemów jakości w Podmiocie;
 - b) analiza zebranych danych dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania jakością w celu określenia jego skuteczności i ciągłego doskonalenia;
 - c) analiza opracowanych wskaźników jakościowych w obszarze medycznym;
 - d) inicjowanie/wspieranie działań organizacyjnych związanych z systemem jakości;
 - e) nadzór nad działaniami związanymi z prowadzeniem audytów wewnętrznych;
 - f) nadzór nad organizacją i prowadzeniem szkoleń związanych z wdrażaniem systemu jakości;
 - g) nadzorowanie działań związanych z monitorowaniem jakości;
 - h) nadzorowanie prac komitetu, zespołów realizujących zadania w celu poprawy jakości;
 - i) nadzór nad aktualizacją, monitorowaniem i obliczaniem wskaźników badania satysfakcji pacjentów i pracowników;
 - j) nadzór nad opracowaniem planu poprawy jakości oraz jego realizacją;
 - k) nadzór nad wdrażaniem zatwierdzanych procedur i instrukcji nad ich przestrzeganiem i aktualizacją;
 - l) nadzór nad edukacją i upowszechnianiem wśród pracowników Podmiotu świadomości dotyczącej znaczenia jakości i systemów jakości oraz ocena skuteczności szkoleń;
 - m) nadzór nad przekazywaniem pracownikom Podmiotu raportów dotyczących wskaźników jakości opieki w poszczególnych komórkach organizacyjnych.
- 30) monitorowanie przestrzegania praw pacjenta w Podmiocie, a w szczególności:
- a) przyjmowanie skarg, wniosków oraz pochwał od pacjentów i ich rodzin;
 - b) rozpatrywanie oraz udzielanie odpowiedzi na wpływające pytania i skargi;
 - c) analizowanie skarg i wniosków;
 - d) rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów i ich rodziny;
 - e) podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacji łamania praw pacjenta;
 - f) współpraca z ordynatorami oddziałów i kierownikami komórek organizacyjnych Podmiotu w zakresie przestrzegania praw pacjenta;
 - g) upowszechnianie wśród personelu oraz pacjentów postanowień zawartych w Karcie Praw i Obowiązków Pacjenta;
 - h) monitorowanie poziomu satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez Podmiot i wykorzystywanie wyników badań do usprawnienia działalności Podmiotu;
 - i) zapewnienie pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym dostępu do informacji prawnej i wskazanie trybu interwencji w przypadku naruszenia praw pacjenta;
 - j) udzielenie pomocy w sporządzaniu i złożeniu skargi do Dyrektora Podmiotu lub innej instytucji;
 - k) współpraca z: Rzecznikiem Praw Pacjenta; Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Lubelskiej Izbie Lekarskiej; Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych.

§ 127

Do zadań Działu Inwestycji, Pozyskiwania i Rozliczania Środków Zewnętrznych należy w szczególności:

- 1) realizacja programu dostosowawczego Podmiotu do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia stosownie do obowiązujących przepisów;
- 2) opracowywanie programów i założeń inwestycyjnych oraz nadzorowanie przygotowania projektów technicznych planowanych inwestycji budowlanych - w zakresie inwestycji nowych oraz modernizacji i remontów obiektów istniejących-z uwzględnieniem specyfiki Podmiotu i obowiązujących przepisów;
- 3) prowadzenie dokumentacji technicznej Szpitala w tym szczególnie księzek obiektów budowlanych;
- 4) organizowanie oraz bezpośrednia odpowiedzialność za przeglądy obiektów Podmiotu stosownie do obowiązujących przepisów prawa;
- 5) opracowywanie programów remontów obiektów oraz planów, zabiegów konserwacyjno-naprawczych;
- 6) przygotowywanie zleceń niezbędnych ekspertyz i analiz stanu obiektów;
- 7) uczestnictwo w przetargach zadań inwestycyjnych;
- 8) realizacja nakazów i zaleceń organów kontroli technicznej, organów inspekcji pracy i ochrony przeciwpożarowej oraz inspekcji sanitarnej;
- 9) prowadzenie nowości technicznych mających na celu usprawnienie usług leczniczych i modernizacji Podmiotu;
- 10) kompletowanie dokumentów do zawierania umów na remonty zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych i przedkładanie Dyrektorowi do zatwierdzenia;
- 11) uczestnictwo w komisyjnym odbiorze końcowego wykonania zadania inwestycyjnego;
- 12) wdrażanie procedur ISO w zakresie realizowanych zadań;
- 13) analiza rynku pod kątem możliwości skorzystania z funduszy zewnętrznych oraz ocena zasadności udziału w danym konkursie;
- 14) przygotowywanie dokumentacji aplikacyjnej w ramach konkursów dedykowanych podmiotom leczniczym;
- 15) procedowanie wyjaśnień na wszystkich etapach oceny formalnej i merytorycznej, przygotowywanie i weryfikacja pełnej dokumentacji do umów o dofinansowanie;
- 16) opracowywanie wniosku oceny inwestycji - Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ);
- 17) kontakt, w tym prowadzenie pełnej korespondencji merytorycznej z instytucjami zarządzającymi, pośredniczącymi, wdrażającymi fundusze zewnętrzne;
- 18) kompleksowa koordynacja zadań projektowych;
- 19) współpraca z podmiotami zewnętrznymi przy realizacji zleconych zadań;
- 20) nadzór nad realizacją harmonogramów rzeczowo- finansowych projektów;
- 21) sporządzanie sprawozdań z realizacji projektów;
- 22) współpraca z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie całościowego rozliczania realizowanych zadań;
- 23) nadzór nad wydatkami projektowymi, w tym prowadzenie rejestru wszystkich faktur w ramach projektów i konkursów;
- 24) sporządzanie analizy finansowej projektów;
- 25) sporządzanie planu wydatków na kolejny rok;
- 26) rozliczanie projektów unijnych – składanie wniosków o płatność w systemie SL;
- 27) sporządzanie rozliczeń merytorycznych i rocznych z realizacji zadań;
- 28) sporządzanie rocznych sprawozdań dotyczących trwałości projektów;
- 29) współpraca z Działem Zamówień Publicznych i Zakupów w zakresie procedur przetargowych dotyczących realizowanych zadań;
- 30) przeprowadzanie rozeznania rynku w zakresie zadań inwestycyjnych będących przedmiotem projektów/ konkursów;
- 31) sporządzanie wniosków do Działu Zamówień Publicznych i Zakupów w zakresie realizowanych zadań, uwzględniając budżet, źródła finansowania, wymagane terminy;
- 32) udział w komisjach przetargowych;

- 33) prowadzenie zadań w zakresie promocji projektów unijnych;
- 34) sprawowanie monitoringu nad wdrażanymi zadaniami i projektami związanymi z pozyskiwaniem środków zewnętrznych;
- 35) składanie wniosków w ramach konkursów/programów/ogłoszeń kierowanych do Ministerstwa Zdrowia, WFOŚIGW, NFZ i innych jednostek udzielających dotacji;
- 36) procedowanie całości zadania w analogiczny sposób jak przy projektach unijnych tj. oceny formalne, merytoryczne, nadzór nad zakupem, terminem realizacji, finansami, rozliczeniem końcowym i sprawozdawczością;
- 37) sporządzanie miesięcznych, kwartalnych, rocznych sprawozdań finansowych z realizacji zadań projektowych;
- 38) opracowywanie ofert dla Ministerstwa Zdrowia w wyniku ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej;
- 39) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Działu.

§ 128

Do zadań Działu Zamówień Publicznych i Zakupów należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie procedur o udzielenie zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane;
- 2) sporządzanie umów i koordynowanie czynności związanych z zawarciem umowy z wyłonionym wykonawcą zamówienia publicznego;
- 3) przygotowywanie dokumentacji o udzielenie zamówienia;
- 4) udział w pracach komisji przetargowych;
- 5) archiwizacja dokumentacji dotyczącej udzielonych w Podmiocie zamówień publicznych;
- 6) przygotowanie rocznego planu postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (planu postępowań, koniecznego do umieszczania na stronie internetowej Podmiotu oraz na stronie e - zamówienia);
- 7) przygotowywanie sprawozdań za rok poprzedni koniecznych do przekazania do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego oraz do Urzędu Zamówień Publicznych w formie Druku Zp – SR;
- 8) uzyskanie akceptacji zakupu przez Dyrektora Podmiotu po uprzednim uzgodnieniu z Głównym Księgowym czy są środki zabezpieczające przeprowadzenie procedury oraz uzyskanie akceptacji Zastępcy Dyrektora odpowiedzialnego merytorycznie za przedmiot zamówienia;
- 9) przeprowadzanie postępowań tzw.: „konkurencyjnych” zgodnie z przepisami wewnętrznymi od kwoty 5 000,00 zł netto;
- 10) prowadzenie zbiorczych Rejestrów wszystkich postępowań w Podmiocie, prowadzonych przez Dział Zamówień Publicznych i Zakupów;
- 11) przechowywanie umów oraz przekazywanie skanu każdej zawartej umowy za potwierdzeniem do Głównego Księgowego i odpowiednich komórek merytorycznych;
- 12) prowadzenie rejestru umów oraz rejestru postępowań dotyczących zadań Działu;
- 13) udział w postępowaniach odwoławczych w Krajowej Izbie Odwoławczej;
- 14) odpowiadanie na wnioski o udzielenie informacji publicznej w zakresie zamówień publicznych;
- 15) przygotowywanie i wysyłanie ogłoszeń o zamówienia publiczne oraz o udzieleniu zamówienia do Biuletynu Zamówień Publicznych oraz do dziennika Urzędowego Unii Europejskiej;
- 16) przygotowywanie i dokonywanie zakupów w trybie pilnym (poza umowami) po akceptacji Dyrektora Podmiotu lub Zastępców Dyrektora na wniosek stosownych komórek organizacyjnych;
- 17) współpraca z radcami prawnymi w zakresie konsultacji i pomocy w opracowywaniu treści Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz zaproszeń, odpowiedzi na zapytania, skargi i odwołania Wykonawców w opracowywaniu dokumentów np. wezwań

kierowanych do Wykonawców, współpraca przy badaniu otrzymanych ofert pod względem formalno-prawnym, akceptowanie wzorów umów przed rozpoczęciem postępowania oraz umów zawieranych z Wykonawcami pod względem formalno-prawnym.

§ 129

Do zadań Służby Ochrony Szpitala należy w szczególności:

- 1) zapewnienie bezpieczeństwa pożarowego osób i obiektów poprzez monitorowanie urządzeń alarmowych, obiektów i terenu;
- 2) zapewnienie bezpieczeństwa osób przebywających na terenie Podmiotu;
- 3) zabezpieczenie mienia Podmiotu, personelu i pacjentów przed kradzieżą lub zniszczeniem w tym prowadzenie depozytu rzeczy wartościowych.
- 4) zapewnienie ładu i porządku na terenie chronionym oraz przestrzegania przepisów o ruchu drogowym;
- 5) obsługa systemu parkingowego Podmiotu;
- 6) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Służby Ochrony Szpitala.

§ 130

Do zadań Zespołu Radców Prawnych należy w szczególności:

- 1) świadczenie pomocy prawnej, w tym w szczególności wydawanie opinii prawnych w sprawach wewnętrznych aktów prawnych o charakterze ogólnym, umów, ugód dotyczących zobowiązań lub należności Podmiotu, umarzania, odraczania bądź rozkładania na raty wierzytelności, a także obsługa spraw związana z postępowaniem przed organami wymiaru sprawiedliwości, organami administracji oraz Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych;
- 2) informowanie o zmianach w aktualnych przepisach prawnych oraz informowanie o uchybieniach w zakresie przestrzegania prawa;
- 3) uczestniczenie w rokowaniach, których celem jest nawiązanie, zmiana lub rozwiązanie stosunku umownego;
- 4) nadzór prawny nad egzekucją należności;
- 5) występowanie w charakterze pełnomocnika w postępowaniu sądowym, administracyjnym lub przed innymi organami orzekającymi i urzędami;
- 6) opiniowanie projektów aktów wewnętrznych, w tym zarządzeń, regulaminów, procedur, itp.

§ 131

wykreślono

§ 131¹

wykreślono

§ 131²

1. Zespół ds. BHP pełni funkcje doradcze i kontrolne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Podmiocie.
2. Do podstawowych zadań Zespołu ds. BHP należy w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 2) bieżące informowanie Dyrektora Podmiotu o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
 - 3) sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;

- 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji;
- 6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników;
- 7) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
- 8) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 9) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 10) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
- 11) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 12) doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 13) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
- 14) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
- 15) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
- 16) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- 17) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach;
- 18) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
- 19) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
 - a) podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach;
 - b) podejmowanych przez Dyrektora Podmiotu przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy;

- 20) uczestniczenie w pracach powołanej przez Dyrektora Podmiotu komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy;
- 21) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii;
- 22) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Zespołu ds.BHP;
- 23) prowadzenie dokumentacji BHP pracowników/kartotek wyposażenia/dla całego Podmiotu;
- 24) przygotowanie zapotrzebowań rocznych na środki ochrony osobistej oraz odzieży ochronnej dla pracowników Podmiotu;
- 25) przygotowywanie list wypłat ekwiwalentu za obuwie dla wszystkich pracowników Podmiotu oraz bieżące wypisywanie wniosków o wypłaty ekwiwalentów za obuwie/odzież ochronną pracowników zwalnianych.”

§ 132

Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy w szczególności:

- 1) organizacja systemu ochrony danych osobowych w Podmiocie w tym przygotowywanie, aktualizacja i wdrażanie zapisów Polityki Bezpieczeństwa Informacji oraz innych wewnętrznych aktów prawnych z zakresu ochrony danych osobowych;
- 2) informowanie Dyrektora Podmiotu oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe o obowiązkach spoczywających na nich na mocy przepisów prawnych;
- 3) monitorowanie i przestrzeganie przepisów prawnych w zakresie ochrony danych osobowych;
- 4) podejmowanie działań zwiększających świadomość pracowników w zakresie ochrony danych osobowych, w tym organizowanie szkoleń oraz przeprowadzania audytów;
- 5) udzielanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie ich wykonania zgodnie z art. 35 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 6) współpraca z Urzędem Ochrony Danych Osobowych;
- 7) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
- 8) postępowanie w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych;
- 9) współdziałanie w zarządzaniu systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych i sposobem przepływu danych osobowych pomiędzy poszczególnymi systemami informatycznymi;
- 10) współdziałanie z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie systemu ochrony danych osobowych funkcjonującego w Podmiocie;
- 11) współpraca z Administratorem Systemu Informatycznego w zakresie nabywania uprawnień do przetwarzania danych osobowych lub ich utraty, analiza naruszeń danych osobowych;
- 12) kontrola wdrożonych zasad ochrony danych osobowych;
- 13) prowadzenie dokumentacji w zakresie udostępnienia danych osobowych dla celów naukowych;
- 14) wydawanie oświadczeń o zachowaniu tajemnicy ochrony danych osobowych;
- 15) przygotowanie dokumentacji dostępu do elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców, systemów leczenia onkologicznego i kolejek centralnych;
- 16) sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami z zakresu

- ochrony danych osobowych;
- 17) opracowanie sprawozdań dla Dyrektora Podmiotu za każdy rok kalendarzowy;
 - 18) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Inspektora Ochrony Danych.

§ 133

Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:

- 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w Podmiocie w warunkach narażenia;
- 2) nadzór nad działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
- 3) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby;
- 4) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli znajduje się na wyposażeniu Podmiotu i jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby;
- 5) nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej;
- 6) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawienie jej Dyrektorowi Podmiotu;
- 7) informowanie pracowników, w formie pisemnej, o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego w przypadku przekroczenia ograniczników dawek;
- 8) każdorazowe dochodzenie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, a w szczególności wyjaśnianie przekroczenia limitów dawek i przekazanie informacji właściwemu organowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej o podejmowanych w trakcie dochodzenia działaniach;
- 9) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
- 10) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu pisemnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;
- 11) występowanie do Dyrektora Podmiotu z pisemnym wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich lub inne przepisy z zakresu ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
- 12) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie Podmiotu zaistnieje zdarzenie radiacyjne;
- 13) nadzór nad dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego wydanych na podstawie art. 45 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe;
- 14) ustalanie wyposażenia Podmiotu w środki ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i pomiarowej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym;
- 15) występowanie do Dyrektora Podmiotu z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek;

- 16) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu opinii, w ramach badania i sprawdzania środków ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
- 17) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do Dyrektora Podmiotu;
- 18) występowanie do Dyrektora Podmiotu z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy;
- 19) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Inspektora Ochrony Radiologicznej.

§ 134

1. Kapelan sprawuje opiekę duszpasterską dla pacjentów według ich wyznania.
2. Kapelan podlega bezpośrednio Dyrektorowi Podmiotu.
3. Miejscem pełnienia posług religijnych jest kaplica szpitalna.
4. Na prośbę pacjenta lub osoby uprawnionej, a także opiekunów ustawowych, posługi religijne mogą być pełnione również w oddziałach przy łóżku chorego.
5. Warunki pełnienia posług religijnych, poza kaplicą szpitalną, ustalane są w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem/ordynatorem oddziału.
6. Czynności Kapelana nie mogą naruszać wolności sumienia i wyznania pacjentów lub personelu, ani zakłócać pracy oddziału i Podmiotu.

§ 135

Do zadań Koordynatora do Spraw Dostępności należy w szczególności:

- 1) wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez Podmiot;
- 2) przygotowanie i koordynacja wdrożenia Planu działania na rzecz poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z minimalnymi wymaganiami służącymi zapewnieniu dostępności, określonymi w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
- 3) monitorowanie działalności Dyrektora w zakresie zapewnienia dostępności Podmiotu dla osób ze szczególnymi potrzebami;
- 4) przedstawienie Dyrektorowi bieżących informacji o podejmowanych działaniach z zakresu realizowanych zadań.

§ 136

Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy w szczególności:

- 1) prowadzenie postępowań sprawdzających, zwykłych dla stanowisk, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych zgodnie z określeniem przez Dyrektora Podmiotu;
- 2) wydawanie poświadczeń bezpieczeństwa;
- 3) bezpośredni nadzór nad organizacją i funkcjonowaniem kancelarii tajnej zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego;
- 4) ustalanie i nadzorowanie wytwarzania oraz obiegu dokumentów niejawnych wewnątrz Podmiotu, jak i wychodzących na zewnątrz;
- 5) opracowywanie rocznych planów szkolenia kierowniczej kadry Podmiotu oraz osób dopuszczonych do informacji niejawnych;
- 6) prowadzenie szkolenia pracowników Podmiotu:
 - a) w czasie przyjmowania ich do pracy na stanowiska, z którymi łączy się dostęp do informacji niejawnych;
 - b) systematycznie w przypadku wprowadzenia nowych aktów prawnych lub zarządzeń Dyrektora regulujących system ochrony informacji niejawnych;
 - c) według planu szkolenia;

- 7) przechowywanie akt zakończonych postępowań sprawdzających;
- 8) prowadzenie wykazu stanowisk i prac zleconych oraz osób dopuszczonych do pracy lub służby na stanowiskach, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych;
- 9) opracowywanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych, oznaczonych klauzulą „zastrzeżone” w komórkach organizacyjnych Podmiotu oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem;
- 10) opracowywanie planów postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego;
- 11) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Pełnomocnika Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych.

§ 137

wykreślono.

§ 138

Do zadań Pielęgniarki/Pielęgniacza ds. Socjalnych Pacjentów należy w szczególności:

- 1) rozpoznawanie problemów socjalnych i społecznych pacjentów hospitalizowanych w Podmiocie;
- 2) przyjmowanie zgłoszeń od pracowników medycznych sprawujących opiekę nad pacjentem dotyczących problemów społecznych pacjenta;
- 3) przeprowadzanie wywiadu z pacjentem lub rodziną/opiekunem w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych oraz sytuacji po opuszczeniu Podmiotu;
- 4) planowanie działań pomocowych i podejmowanie starań w celu ich realizacji;
- 5) uzgadnianie celu i planu pracy z oddziałami, pozostawanie w stałym kontakcie z lekarzem prowadzącym oraz pielęgniarkami zatrudnionymi na oddziale;
- 6) współpraca z lekarzem w przygotowaniu dokumentów dla pacjenta kwalifikującego się do umieszczenia we właściwym ośrodku;
- 7) nawiązywanie i utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną pacjenta kwalifikującego się do umieszczenia we właściwym ośrodku;
- 8) udzielanie informacji dotyczących procedury kierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Domu Pomocy Społecznej, świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, pomoc w kompletowaniu dokumentów do tych ośrodków;
- 9) utrzymywanie kontaktów z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie właściwymi dla miejsca zamieszkania pacjenta.

§ 139

Do zadań Rzecznika Prasowego należy w szczególności:

- 1) zapewnienie obsługi prasowej Szpitala;
- 2) przygotowywanie bieżących informacji dla mediów na temat istotnych zagadnień;
- 3) przygotowanie i organizowanie konferencji prasowych Dyrektora Szpitala lub innych upoważnionych przez Dyrektora osób;
- 4) utrzymywanie stałych kontaktów z mediami i podtrzymywanie pozytywnego wizerunku Podmiotu w mediach;
- 5) informowanie dziennikarzy o ważnych wydarzeniach na terenie Podmiotu;
- 6) bieżące przekazywanie Dyrektorowi Szpitala zestawu informacji i publikacji prasowych na temat Podmiotu;
- 7) redagowanie odpowiedzi i wyjaśnień dla mediów w oparciu o stanowisko Podmiotu;
- 8) archiwizowanie zdjęć i materiałów prasowych dotyczących Podmiotu;
- 9) współpraca w redagowaniu tekstów do publikacji informacyjnych o świadczeniach medycznych wykonywanych w Podmiocie.

§ 140

Do zadań Sekretarki/Asystenta należy w szczególności:

- 1) prowadzenie i organizowanie pracy w sekretariacie Dyrekcji;
- 2) przyjmowanie interesantów, współpracowników;
- 3) organizowanie pracy poprzez zbieranie i przekazywanie w obieg korespondencji i informacji;
- 4) prowadzenie kalendarza Dyrektora oraz Zastępców Dyrektora poprzez ustalanie spotkań, podróży służbowych i konferencji oraz pilotowanie, aby wszystko przebiegało zgodnie z ustalonym planem;
- 5) asystowanie w przygotowaniu ofert, raportów, danych i wniosków;
- 6) uczestnictwo w spotkaniach w celu sporządzenia notatek lub protokołów ze spotkań;
- 7) tworzenie informacji poprzez pisanie, redagowanie, formatowanie i edytowanie tekstów, listów, danych, wykresów dla Dyrekcji;
- 8) zabezpieczanie dokumentów, sortowanie, porządkowanie oraz prowadzenie ułatwiające dostęp do dokumentów archiwum oraz czuwanie nad terminowym i prawidłowym obiegiem dokumentów;
- 9) zapewnianie odpowiednich do potrzeb ilości materiałów biurowych poprzez stałą kontrolę potrzebnych artykułów, tworzenie listy artykułów do zakupu oraz utrzymanie materiałów w odpowiednim miejscu i porządku;
- 10) organizowanie spotkań, zebrań, wyjazdów służbowych i konferencji, zgodnie z poleceniami Dyrekcji;
- 11) właściwe użytkowanie urządzeń biurowych i utrzymanie ich w należytym stanie;
- 12) stosowanie się do ustalonych przepisów i procedur;
- 13) pomaganie w określonych zadaniach Podmiotu;
- 14) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Sekretarki/Asystenta.

§ 141

Do zadań Specjalisty ds. Przeciwpożarowych należy w szczególności:

- 1) planowanie i inicjowanie zadań organizacyjnych, szkoleniowych i kontrolnych oraz wyposażenia obiektów Podmiotu w urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice;
- 2) prowadzenie szkolenia i doradztwa w sprawach ochrony przeciwpożarowej;
- 3) prowadzenie kontroli stanu bezpieczeństwa pożarowego oddziałów i działów Podmiotu;
- 4) opracowywanie okresowych analiz i ocen stanu ochrony przeciwpożarowej Podmiotu oraz przedkładanie stosownych informacji i wniosków Dyrektorowi Podmiotu lub Zastępcom Dyrektora;
- 5) udział w pracach komisji powołanych do odbioru pomieszczeń, instalacji i urządzeń przeciwpożarowych Podmiotu, a także komisji powołanych do kontroli wewnętrznych;
- 6) współpraca w zakresie realizacji zadań ochrony przeciwpożarowej z komórkami organizacyjnymi Podmiotu, jednostkami Państwowej Straży Pożarnej i zakładami usługowymi;
- 7) opracowywanie i aktualizowanie obowiązujących w Podmiocie w sprawach ochrony przeciwpożarowej zarządzeń i instrukcji;
- 8) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł netto, zgodnie z zadaniami Specjalisty ds. Przeciwpożarowych.

§ 142

wykreślono.

§ 143

Do zadań Specjalisty ds. Szkoleń należy w szczególności:

- 1) określanie potrzeb i opracowywanie planów podnoszenia kwalifikacji pracowników w różnych formach kształcenia, doksztalcania i doskonalenia oraz określanie wysokości środków finansowych niezbędnych do realizacji tych zadań;
- 2) prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy;

- a) prowadzenie bieżącego rejestru miejsc specjalizacyjnych;
- b) prowadzenie dokumentacji lekarzy odbywających specjalizację w trybie pozarezydenckim, tj.: zatrudnionych w Podmiocie, odbywających specjalizację w Podmiocie na podstawie umowy cywilno-prawnej lub urlopu szkoleniowego/ oddelegowania;
- c) przygotowywanie umów cywilno-prawnych;
- d) przygotowywanie umów z innymi szpitalami na staże kierunkowe;
- 3) koordynowanie przyjmowania lekarzy z innych jednostek na staże podyplomowe cząstkowe;
- 4) prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem studentów i innych osób kierowanych do Podmiotu w celu odbycia praktyki, zajęć praktycznych i staży zawodowych;
- 5) przygotowywanie stosownych umów i porozumień z uczelniami, innymi szpitalami i ośrodkami prowadzącymi doskonalenie zawodowe;
- 6) opracowanie i przestrzeganie regulaminu staży, praktyk zawodowych i praktyk studenckich odbywających się w Podmiocie;
- 7) koordynowanie pracy zespołów (komórek organizacyjnych) przyjmujących studentów na szkolenie, zajęcia dydaktyczne;
- 8) współpraca z instytucjami zewnętrznymi w sprawach dotyczących szkoleń;
- 9) prowadzenie bieżącego rejestru szkoleń zewnętrznych odbywających się na terenie Podmiotu w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach umów zawartych z uczelniami i innymi ośrodkami doskonalącymi;
- 10) opracowanie rocznego planu szkoleń pracowników Podmiotu;
- 11) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu sprawozdań z zakończonych szkoleń w ramach umów zewnętrznych;
- 12) ocena pod względem merytorycznym faktur za szkolenie pracowników Podmiotu wystawianych przez inne jednostki;
- 13) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Specjalisty ds. Szkoleń.

§ 144

Do zadań Starszego Inspektora ds. Obronnych i Rezerw należy w szczególności:

- 1) sporządzanie planu Obrony Cywilnej Podmiotu;
- 2) prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem formacji O.C. na terenie Podmiotu;
- 3) opracowanie Planu Rozwinięcia Wydzielonej Bazy Łóżkowej;
- 4) prowadzenie sprawozdawczości wymaganej i określonej przez Wydział Zarządzania Kryzysowego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie dotyczącej bazy łóżkowej i personelu medycznego;
- 5) sprawowanie nadzoru nad przekazanym Podmiotowi sprzętem O.C. składowanym w magazynie Podmiotu;
- 6) prowadzenie ksiąg ewidencyjnych sprzętu, o którym mowa w pkt. 5 powyżej;
- 7) przeprowadzanie regulaminowych inwentaryzacji przedmiotowego sprzętu, o którym mowa w pkt. 5;
- 8) dokonywanie okresowych klasyfikacji sprzętu, o którym mowa w pkt. 5 powyżej, według obowiązujących norm;
- 9) sporządzanie protokołów klasyfikacyjnych i likwidacyjnych w określonych przepisami przypadkach;
- 10) przekazywanie protokołów, o których mowa w pkt. 9 powyżej, Wydziałowi Zarządzania Kryzysowego celem zatwierdzenia;
- 11) po uzyskaniu zatwierdzenia, nadzór nad przekazywaniem określonego sprzętu do kasacji;
- 12) udział w szkoleniach organizowanych przez Wydział Zarządzania Kryzysowego;
- 13) organizowanie szkoleń dla członków formacji O.C. na terenie Podmiotu;

- 14) prowadzenie ewidencji osobowej członków formacji;
- 15) w przypadku wystąpienia określonych zagrożeń czynne uczestnictwo w prowadzeniu akcji ratunkowych;
- 16) sporządzanie dokumentacji z przeprowadzonych działań;
- 17) sporządzanie dokumentacji stałego dyżuru i prowadzenie tej dokumentacji w warunkach ćwiczeń lub autentycznego zagrożenia bezpieczeństwa;
- 18) współpraca z komórkami zarządzania kryzysowego Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego i Urzędu Miasta Lublin;
- 19) stała aktualizacja danych zawartych w istniejących Planach: Obrony Cywilnej, Wydzielonej Bazy Łóżkowej i Przygotowań Szpitala dla Potrzeb Obronnych Państwa;
- 20) aktualizacja świadczeń na rzecz Podmiotu z zakresu Obrony Cywilnej w wypadku wystąpienia zagrożeń bezpieczeństwa państwa w zakresie:
 - a) dodatkowych środków transportu;
 - b) dodatkowego wyposażenia.
- 21) prowadzenie i aktualizacja ewidencji personelu medycznego z wyszczególnieniem osób posiadających przydziały mobilizacyjne;
- 22) organizowanie wysyłki korespondencji oznakowanej jako „dokumenty niejawne”;
- 23) przechowywanie i prowadzenie ewidencji dokumentów oznakowanych jako informacje niejawne, a dotyczące zadań Podmiotu w wypadku wystąpienia zagrożeń bezpieczeństwa państwa;
- 24) przygotowanie i prowadzenie postępowań o wartości równej lub niższej niż 5 000 zł. netto, zgodnie z zadaniami Starszego Inspektora ds. Obronnych i Rezerw.

§ 145

Do zadań Transfuzjologa Szpitalnego należy w szczególności:

- 1) nadzór nad prawidłowym zaopatrzeniem Podmiotu w krew i preparaty krwiopochodne;
- 2) udzielanie konsultacji w sprawach dotyczących leczenia krwią i preparatami krwiopochodnymi;
- 3) prowadzenie analizy codziennej praktyki leczenia krwią i preparatami krwiopochodnymi;
- 4) prowadzenie analizy codziennej praktyki leczenia krwią i składanie okresowych raportów Dyrektorowi Podmiotu lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 5) przygotowywanie i aktualizacja procedur szpitalnych dotyczących organizacji leczenia krwią;
- 6) szkolenie personelu zajmującego się przetaczaniem krwi;
- 7) nadzór nad przestrzeganiem standardu dotyczącego postępowania z krwią i preparatami krwiopochodnymi;
- 8) nadzór nad stosowaniem właściwego sprzętu do przetaczania krwi (zestawy do przetoczeń, filtry, podgrzewacze, itd.);
- 9) nadzór nad wykonywaniem leczniczych plazmaferez;
- 10) kontrolowanie trybu postępowania i ocena odczynów poprzetoczeniowych;
- 11) kontrola przetoczeń krwi, właściwego ich dokumentowania, monitorowania, przestrzegania wskazań, doboru preparatów;
- 12) zapewnienie przestrzegania standardowych procedur operacyjnych, sporządzonych przez jednostkę organizacyjną Podmiotu (m.in. bank krwi, pracownię serologii transfuzjologicznej oraz oddziały szpitalne), w porozumieniu z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;
- 13) współpraca z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w zakresie zaopatrzenia Podmiotu w krew i jej składniki oraz w zakresie szkoleń merytorycznych.

§ 145¹

Do zadań Audytora Wewnętrznego należy w szczególności:

- 1) prowadzenie zadań audytowych dotyczących obszarów działania Podmiotu celem oceny zgodności prowadzonej działalności z przepisami prawa oraz obowiązującymi w Podmiocie

- procedurami wewnętrznymi (na podstawie rocznego planu audytu oraz zadania zlecone poza planem przez Dyrektora Podmiotu);
- 2) przeprowadzanie zadań audytowych z zakresu systemów zarządzania i kontroli celem zbadania efektywności i gospodarności działań realizowanych przez Podmiot (na podstawie rocznego planu audytu lub jako zadania zlecone);
 - 3) wykonywanie czynności doradczych mających na celu usprawnienie funkcjonowania Podmiotu;
 - 4) realizowanie czynności sprawdzających mających na celu ocenę dostosowania działań Podmiotu do zgłoszonych w sprawozdaniu ostatecznym zaleceń i rekomendacji celem usprawnienia funkcjonowania Podmiotu;
 - 5) tworzenie rocznego planu audytu wewnętrznego oraz sporządzanie sprawozdań z wykonania;
 - 6) prowadzenie i dokumentowanie audytu wewnętrznego zgodnie z odrębnymi przepisami;
 - 7) opiniowanie aktów prawa wewnętrznego w zakresie analizy ryzyka, kontroli zarządczej i audytu wewnętrznego;
 - 8) informowanie Dyrektora Podmiotu o przypadkach naruszeń prawa i naruszenia dyscypliny finansów publicznych;
 - 9) identyfikacja zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka związanego z osiągnięciem celów Podmiotu, w tym definiowanie kluczowych ryzyk, raportowanie o ryzykach i sposobach zarządzania ryzykiem;
 - 10) dokonywanie analiz i rekomendacji w przedmiocie wprowadzania oraz doskonalenia mechanizmów kontroli służących do minimalizacji ryzyka, zagrażającego osiągnięciu celów Podmiotu lub poszczególnych komórek organizacyjnych;
 - 11) weryfikacja sposobu dokumentowania kontroli zarządczej w Podmiocie, w szczególności procedur, regulaminów, instrukcji, opisów systemów oraz innych aktów wewnętrznych, również o charakterze zindywidualizowanym;
 - 12) podejmowanie działań aby mechanizmy kontrolne wdrożone w celu zarządzania ryzykiem były proporcjonalne do ryzyka i dostosowane do potrzeb Podmiotu,
 - 13) tworzenie i rozwijanie procedur, instrukcji oraz innych wytycznych mających na celu zarządzanie ryzykiem w Podmiocie;
 - 14) identyfikacja i ocena istniejących środków wykorzystywanych do utrzymania ryzyka w Podmiocie pod kontrolą oraz sporządzanie raportów i rekomendacji w tym zakresie;
 - 15) proponowanie zmian organizacyjnych dotyczących systemu kontroli zarządczej, które służą usprawnianiu działalności Podmiotu i realizacji zadań przez Podmiot;
 - 16) współpraca ze wszystkimi kierownikami komórek organizacyjnych Podmiotu w zakresie funkcjonowania i wdrażania kontroli zarządczej zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego;
 - 17) opiniowanie oraz przedstawienie wniosków Dyrektorowi Podmiotu stanu kontroli zarządczej, a także zasadności i potrzeb przed złożeniem oświadczenia o stanie kontroli zarządczej zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego;
 - 18) realizacja innych zadań zapewniających i czynności sprawdzających oraz mających na celu prawidłową realizację kontroli zarządczej w Podmiocie.

PODROZDZIAŁ 3 WSPÓŁDZIAŁANIE JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU

§ 146

1. Poszczególne jednostki i komórki organizacyjne Podmiotu obowiązane są do współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Współdziałanie odbywa się z poszanowaniem przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

ROZDZIAŁ VII
WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA,
PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU
UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 147

1. Podmiot współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w celu zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Współdziałanie przyjmuje wszelkie formy mające na celu prawidłową i efektywną realizację celów, o których mowa w ust. 1 powyżej, w granicach obowiązujących przepisów prawa, w szczególności następujące formy:
 - 1) umów i porozumień o współpracy.
 - 2) konsultacji.
3. Szczegółowe zasady współpracy w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów w podmiocie leczniczym określają zawarte umowy, akty wewnętrznie obowiązujące w Podmiocie oraz obowiązujące w tym zakresie przepisy i aktualne wytyczne właściwych organów i podmiotów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ VIII
SKARGI I WNIOSKI

§ 148

1. Skargi i wnioski podlegają przyjęciu i rozpatrzeniu na zasadach przewidzianych w Regulaminie zgłaszania i rozpatrywania skarg i wniosków w Podmiocie dostępnym na stronie internetowej Podmiotu - <https://www.szpital.lublin.pl/>, w zakładce „Dla pacjenta” pod określeniem „Regulamin zgłaszania i rozpatrywania skarg i wniosków”.
2. Skargi pacjentów lub innych osób związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub funkcjonowaniem Podmiotu składane są do Dyrektora Podmiotu za pośrednictwem Działu Organizacyjno-Prawnego.
3. Po analizie skargi Dział Organizacyjno-Prawny przedstawia Dyrektorowi Podmiotu wnioski, które są podstawą do ewentualnych zmian.
4. Wnioski dotyczące funkcjonowania Podmiotu składane są do Dyrektora Podmiotu i rozpatrywane przez właściwą merytorycznie komórkę organizacyjną.

ROZDZIAŁ IX
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 149

1. Do spraw dotyczących sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie oraz spraw organizacyjnych nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego oraz postanowienia przepisów wewnętrznych Podmiotu.
2. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu mogą nastąpić w trybie właściwym dla jego przyjęcia.
3. Personel Podmiotu zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu.
4. Regulamin jest dostępny na stronie internetowej i BIP Szpitala.

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego – schemat organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie



