Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów
tel. 81 855 28 07, fax. 81 855 28 76, sekretariat@spzoz-lubartow.pl

ZARZĄDZENIE NR 50/2023
DYREKTORA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBARTOWIE
z dnia 20 kwietnia 2023 r.

w sprawie: wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie

Na podstawie § 14 ust. 2 pkt 1) Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie wprowadzonego Zarządzeniem nr 42/2023 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie z dnia 23.03.2023 r. zarządzam co następuje:

§ 1

Z dniem 20 kwietnia 2023 r. wprowadzam Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Regulamin Organizacyjny SPZOZ w Lubartowie ustala:

1. Ogólne zasady funkcjonowania komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk w strukturze SPZOZ w Lubartowie,
2. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
3. Wysokość opłat pobieranych przez SPZOZ w Lubartowie,
4. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 4

Z dniem 20 kwietnia 2023 r. traci moc Zarządzenie nr 42/2023 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie z dnia 27 marca 2023 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik do
Zarządzenia Dyrektora
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
Nr 50/2023 z dnia 20 kwietnia 2023 r.

Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie

Spis treści

Spis treści ... 2
ROZDZIAŁ I ... 4
POSTANOWIENIA OGÓLNE ... 4
Rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń ... 8
Zadania Szpitala ... 8
ROZDZIAŁ II ... 9
ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM ... 9
Dyrektor Szpitala (DN) ... 9
Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność stanowisk kierowniczych ... 11
System zastępstw ... 11
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (ZDL) ... 12
Naczelna Pielęgniarka (NP) ... 15
Główny Księgowy (GK) ... 16
Ordynator/Kierownik Oddziału Szpitalnego ... 18
Pielęgniarka/Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca ... 19
Kierownik komórki organizacyjnej ... 22
innej, niż należącej do działalności podstawowej ... 22
Samodzielne stanowiska pracy ... 23
Pracownik Szpitala ... 23
Współdziałanie komórek organizacyjnych ... 24
ROZDZIAŁ III ... 25
STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ... 25
Izba Przyjęć (IP) ... 28
Zespół Transportu Sanitarnego (ZTS) ... 29
Oddziały Szpitalne ... 29
Blok Operacyjny (BO) ... 37
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy (ZOL) ... 39
Apteka Szpitalna (ASZ) ... 40
Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO) ... 41
Zakład Diagnostyki Endoskopowej (ZDE) ... 42
Przychodnia Specjalistyczna obejmująca poradnie, pracownie (AOS) ... 43
Pracownie diagnostyczno-zabiegowe ... 44
Dział Fizjoterapii (D/FIZ) ... 45
Poradnia Medycyny Pracy (P/MP) ... 46
Punkt Sterylizacji (PS) ... 47
Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) ... 48
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (NiŚ) ... 50
Ratownicze Zespoły Wyjazdowe (RZW) ... 51
Dział Świadczeń Medycznych (DŚM) ... 51
ORGANIZACJA I ZADANIA POZOSTAŁYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGŁYCH DYREKTOROWI SZPITALA ... 54
Dział Kadr i Płac (DKP) ... 55
Dział Techniczno-Inwestycyjny (DTI) ... 57
Dział Żywienia (DŻ) ... 61
Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej (DEiHSz) ... 62
Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych ... 64
Dział Organizacyjny (DO) ... 64
Sekretariat Dyrekcji (SD) ... 67
Samodzielne stanowisko ds. Inwentaryzacji Majątku Szpitala (SIMS) ... 67
Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością (SZJ) ... 68

Inspektor Ochrony Danych (IOD) 70
Radca Prawny (obsługa prawna) (RP) 70
Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta(PDPP) 71
Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (BHP) 72
Kapelan Szpitalny (KSz) 73
Inspektor ds. Obronnych i Rezerw (IOC) 73
Inspektor ds. Przeciwpożarowych (PPOŻ) 73
Pracownik ds. Socjalnych Pacjentów (PSP) 74
Samodzielne Stanowisko Pracy Informatyka (SI) 75
Inspektor Ochrony Radiologicznej (IOR) 75

System Kontroli Zarządczej i Zarządzania Ryzykiem 77
ROZDZIAŁ IV 77
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 77
ROZDZIAŁ V 83
POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA 83
ROZDZIAŁ VI 86
WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL 86
1. Wysokość opłat pobieranych od pacjentów przez Szpital za świadczenia zdrowotne, które zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane są z częściową albo całkowitą odpłatnością określają Załączniki do niniejszego Regulaminu: 88
1) Załącznik Nr 3 – Cennik usług medycznych wykonywanych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie 88
2) Załącznik Nr 4 – Cennik badań profilaktycznych w Poradni Medycy Pracy w SPZOZ w Lubartowie, ... 88
3) Załącznik Nr 5 - Cennik opłat za wydawanie orzeczeń, zaświadczeń lekarskich, informacji dla pacjentów oraz instytucji i zakładów ubezpieczeniowych o stanie zdrowia pacjentów, ... 88
4) Załącznik Nr 6 - Cennik usług w zakresie wykonywania kserokopii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, ... 88
ROZDZIAŁ VII 88
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA 88
ROZDZIAŁ VIII 88
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ 88
ROZDZIAŁ IX 89
TRYB ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW 89
ROZDZIAŁ X 93
ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE SZPITALA OSÓB TRZECICH 93
ROZDZIAŁ XI 93
POSTANOWIENIA KOŃCOWE 93

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zwany dalej Regulaminem określa:
   1) cele i zadania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie;
   2) rodzaj działalności leczniczej, miejsce i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych;
   3) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
   4) strukturę organizacyjną, organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym sposób kierowania tymi komórkami i zasady ich współdziałania;
   5) sposób współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowości diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
   6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat i wysokość opłat pobieranych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie za wykonywanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych oraz opłat za przechowywanie zwłok pacjenta;
   7) zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
   8) prawa i obowiązki pacjenta;
   9) zasady składania skarg i wniosków.
2. Regulamin ustala Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, a opiniuje Rada Społeczna.
3. Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie oraz osób przebywających w nim, w tym pacjentów, którym udzielane są świadczenia zdrowotne.

§ 2

1. Określenia użyte w niniejszym Regulaminie Organizacyjnym oznaczają:
   1) **Szpital** – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie;
   2) **Statut** – oznacza Statut Szpitala;
   3) **Podmiot tworzący** – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
   4) **Dyrektor** – oznacza Dyrektora Szpitala,
   5) **Jednostka organizacyjna** – oznacza wyodrębnioną w Regulaminie część zakładu leczniczego Szpitala;
   6) **Komórka organizacyjna** – oznacza oddział, dział, sekcję, poradnię, pracownię oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Szpitala;
   7) **Świadczenie zdrowotne** – oznacza wszelkie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów określających zasady ich wykonywania;
   8) **Świadczenie szpitalne** – oznacza wykonywane całodobowo 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;

9) **Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** – oznacza świadczenie podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;
10) **Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne** – oznacza świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, hospicyjne, paliatywne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
11) **Ordynator lub Kierownik Oddziału** – oznacza lekarza zarządzającego danym oddziałem i odpowiedzialnego za jego prawidłowe funkcjonowanie;
12) **Lekarz dyżurny** – oznacza lekarza zabezpieczającego świadczenia zdrowotne udzielane w czasie poza obowiązującym rozkładem czasu pracy w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w komórkach organizacyjnych Szpitala;
13) **Lekarz anestezjolog** – oznacza lekarza ze specjalizacją z anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, który samodzielnie może wykonywać znieczulenie pacjenta w skali ASA od 1 do 3.
14) **p.poż** – oznacza przepisy przeciwpożarowe;
15) **BHP** – oznacza bezpieczeństwo i higienę pracy;
16) **USG** – oznacza badanie ultrasonograficzne;
17) **EEG** – oznacza elektroencefalografię– nieinwazyjną metodę diagnostyczną służącą do badania bioelektrycznej czynności mózgu za pomocą elektroencefalografu;
18) **POZ** – oznacza podstawową opiekę zdrowotną;
19) **EKG** – oznacza nieinwazyjne badanie wykorzystywane w celu diagnozowania chorób mięśnia sercowego na podstawie jego czynności bioelektrycznej, zwane elektrokardiogramem;
20) **NFZ** – oznacza Narodowy Fundusz Zdrowia;
21) **UE** – oznacza Unię Europejską.

§ 3

1. Organizację wewnętrzną SPZOZ w Lubartowie tworzą następujące zakłady lecznicze, jednostki i komórki organizacyjne o profilu medycznym:
   1) Zakład leczniczy **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte**, w skład którego wchodzą jednostki organizacyjne:
      a) Przychodnia Specjalistyczna z siedzibą w Lubartowie, w skład której wchodzą komórki organizacyjne:
         - poradnie specjalistyczne,
         - komórki rehabilitacji leczniczej,
         - komórki opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,

b) Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie, w skład którego wchodzą komórki podstawowej opieki zdrowotnej,
c) Centrum Medycyny Rodzinnej w Ostrowie Lubelskim, w skład którego wchodzą komórki podstawowej opieki zdrowotnej,
d) Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej w Kocku w skład którego wchodzą:
   - komórki podstawowej opieki zdrowotnej,
   - poradnie specjalistyczne,
e) Ratownicze Zespoły Wyjazdowe, w skład których wchodzą zespoły wyjazdowe specjalistyczne i podstawowe będące komórkami organizacyjnymi,
f) Zakład Diagnostyki Obrazowej, w skład którego wchodzą pracownie diagnostyczne,
g) Zakład Diagnostyki Endoskopowej, w skład którego wchodzą pracownie diagnostyczne.

2) Zakład Leczniczy **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo zamknięte**, w skład którego wchodzą jednostki organizacyjne:
   a) Szpital Specjalistyczny z siedzibą w Lubartowie, w skład którego wchodzą komórki organizacyjne:
      - oddziały szpitalne;
      - izba przyjęć;
      - blok operacyjny;
      - apteka szpitalna;
      - komórki rehabilitacji leczniczej;
      - pracownie diagnostyczne,
   b) Zakład Opiekuńczo – Leczniczy.

2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących jednostkach organizacyjnych:
   1) Szpital Specjalistyczny - zlokalizowany jest w budynku położonym przy ulicy Cichej 14 w Lubartowie;
   2) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy – zlokalizowany jest w budynku położonym w miejscowości Łucka nr 71, gmina Lubartów;
   3) Przychodnia Specjalistyczna - zlokalizowana jest w budynku położonym przy ulicy Cichej 14 w Lubartowie oraz dodatkowo Poradnia Ginekologiczna znajduje się w budynku Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej w Kocku, przy ul. 1-go Maja 3;
   4) Podstawowa Opieka Zdrowotna – Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie oraz Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna zlokalizowane są w budynku położonym przy ulicy Cichej 14 w Lubartowie;
   5) Podstawowa Opieka Zdrowotna – Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej w Kocku zlokalizowana jest przy ulicy 1-go Maja 3 w Kocku,
   6) Podstawowa Opieka Zdrowotna – Centrum Medycyny Rodzinnej w Ostrowie Lubelskim, zlokalizowana jest przy ulicy Partyzantów 12 w Ostrowie Lubelskim;
   7) Ratownicze Zespoły Wyjazdowe - zlokalizowane są:
      a) w budynku położonym w miejscowości Łucka nr 71,
      b) w budynku położonym przy ulicy 1-go Maja 3 w Kocku,
      c) w budynku położonym przy ulicy Partyzantów 12 w Ostrowie Lubelskim,
   8) Zakład Diagnostyki Obrazowej - zlokalizowany jest w budynku położonym przy ulicy Cichej 14 w Lubartowie;
   9) Zakład Diagnostyki Endoskopowej – zlokalizowany jest w budynku położonym przy ul. Cichej 14 w Lubartowie;
   10) udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ratownictwa medycznego przez podstawowe

zespoły ratownictwa medycznego „P" oraz specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego „S" odbywa się w miejscu zdarzenia;

11) w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej a także z zakresu: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej i opieki psychiatrycznej odbywa się w warunkach domowych.

§ 4

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Szpital 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 Szpitala;
   5) innych powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
   6) niniejszego Regulaminu.

§5

Szpital posiada osobowość prawną.

§ 6

Siedzibą Szpitala jest miasto Lubartów.

§ 7

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego Szpital oraz organem doradczym Dyrektora.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej oraz Statut Szpitala.

§ 8

Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci określa Instrukcja Kancelaryjna ustalona przez Dyrektora.

§ 9

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy ustalony przez Dyrektora, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi działającymi w Szpitalu.
2. Osoby zatrudnione w Szpitalu zobowiązane są nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierających imię, nazwisko oraz funkcję tej osoby.

§ 10

1. Celem działania Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.
2. Misją Szpitala jest *„Pacjent naszą troską, profesjonalna opieka celem"*.

§ 11

Rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń

1. **Rodzajami działalności leczniczej Szpitala są:**
   1) stacjonarne i całodobowe szpitalne świadczenia zdrowotne;
   2) stacjonarne i całodobowe inne niż szpitalne świadczenia zdrowotne;
   3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. **Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje:**
   1) leczenie stacjonarne;
   2) leczenie stacjonarne z zamiarem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie nieprzekraczającym 24 godzin;
   3) leczenie ambulatoryjne specjalistyczne;
   4) podstawowa opieka zdrowotna;
   5) świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych
   6) badania laboratoryjne;
   7) diagnostyka obrazowa:
      a) rentgenodiagnostyka,
      b) ultrasonografia,
      c) tomografia komputerowa,
      d) rezonans magnetyczny,
      e) endoskopia,
   8) usługi rehabilitacyjne lecznicze:
      a) rehabilitacja stacjonarna,
      b) rehabilitacja ambulatoryjna,
   9) pomoc doraźna i medycyna ratunkowa;
   10) profilaktyka i zdrowie publiczne.

§ 12

Zadania Szpitala

1. **Do zadań Szpitala należy w szczególności:**
   1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych;
   2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
   3) wykonywanie badań diagnostycznych dla innych podmiotów leczniczych;
   4) profilaktyka i promocja zdrowia;
   5) prowadzenie spraw związanych ze statystyką medyczną i analizą medyczną;
   6) prowadzenie działalności szkoleniowej;
   7) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy i p.poż;
   8) realizowanie zadań związanych z wykorzystaniem publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa;
   9) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.
2. Szpital prowadzi dodatkową działalność, inną niż działalność lecznicza w następującym zakresie:
   1) prowadzenia stołówki i punktów gastronomicznych;
   2) najem lub dzierżawa nieruchomości będących w nieodpłatnym użytkowaniu SPZOZ w Lubartowie;
   3) najem lub dzierżawa ruchomości stanowiących majątek SPZOZ w Lubartowie;

4) usług kserograficznych;
5) transportu sanitarnego;
6) wynajmu miejsc reklamowych;
7) sterylizacji sprzętu innego niż medyczny.

3. Szpital może udzielać zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w celu wykonywania zadań Szpitala określonych w Statucie innemu publicznemu lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.

ROZDZIAŁ II
ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM

§ 13
Dyrektor Szpitala (DN)

1. Szpitalem kieruje oraz reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor Szpitala (DN).
2. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
4. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
5. Dyrektor kieruje Szpitalem przy pomocy:
   1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (ZDL);
   2) Głównego Księgowego (GK);
   3) Naczelnej Pielęgniarki (NP);
   4) Kierowników/Ordynatorów Oddziałów Szpitalnych;
   5) Kierowników jednostek i komórek organizacyjnych.
6. Podczas nieobecności Dyrektora Szpitala zastępstwo pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
7. W przypadku nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa zastępstwo pełni osoba upoważniona przez Dyrektora Szpitala.

§ 14

1. Dyrektor wykonując swoje obowiązki zapewnia w szczególności:
   1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi;
   2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne jednostki/komórki organizacyjne;
   3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
   4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący;
   5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami;
   6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.
2. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
   1) zarządzenia;
   2) decyzje;
   3) instrukcje;
   4) procedury.
3. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach z zakresu prawa pracy, w tym dotyczące

nawiązywania i rozwiązywania stosunku pracy wobec wszystkich pracowników Szpitala.

4. Dyrektor zawiera umowy cywilno – prawne na realizację świadczeń zdrowotnych. Dyrektor może zlecić podmiotom zewnętrznym prowadzenie rachunkowości oraz świadczenie innych usług stosownie do potrzeb SPZOZ w Lubartowie.
5. Dyrektor ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
6. Dyrektor wydaje i zatwierdza regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
7. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
   1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika Szpitala;
   2) kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych;
   3) współdziałania z Radą Społeczną i Zakładowymi Organizacjami Związkowymi;
   4) współdziałania z organem założycielskim oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
   5) wydawania wewnętrznych aktów prawnych;
   6) ustalania Regulaminu Organizacyjnego;
   7) zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem przepisów prawa.
8. Dyrektor może upoważnić Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa do czynności wymienionych w udzielanym na czas swojej nieobecności pełnomocnictwie.
9. Dyrektor może w drodze zarządzenia lub polecenia służbowego powoływać zespoły zadaniowe, komisje i komitety do realizacji określonych celów.
10. Dyrektor może w drodze zarządzenia, tworzyć samodzielne stanowiska pracy do realizacji określonych celów.
11. Dyrektor może w drodze zarządzenia powoływać pełnomocników do realizacji określonych celów.
12. Dyrektor może w drodze pełnomocnictwa udzielić upoważnienia dla poszczególnych osób do konkretnych czynności wykonywanych w imieniu SPZOZ w Lubartowie.

§15

1. W Szpitalu tworzy się następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
   1) Dyrektor;
   2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
   3) Naczelna Pielęgniarka;
   4) Główny Księgowy;
   5) Ordynator/Kierownik oddziału;
   6) Pielęgniarka/Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca;
   7) Kierownik jednostki organizacyjnej/komórki organizacyjnej;
   8) Kierownik/Koordynator zespołu pracowników;
   9) Kierownik/Koordynator określonego zakresu zadań.
2. W Szpitalu mogą być tworzone następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
   1) Zastępca Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem;
   2) Zastępca Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarki Koordynującej;
   3) Zastępca Kierownika jednostki organizacyjnej/komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej.
3. W przypadku nieobecności osoby kierującej komórką organizacyjną lub grupą personelu oraz jej zastępcy, zadania kierownicze mogą zostać powierzone innej, wyznaczonej osobie.

§16

Dyrektorowi podlegają bezpośrednio:

1) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (ZDL);
2) Naczelna Pielęgniarka (NP);

3) Główny Księgowy (GK);
4) Dział Kadr i Płac (DKP);
5) Dział Organizacyjny (DO);
6) Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej (DEiHSz);
7) Dział Techniczno – Inwestycyjny (DTI);
8) Dział Żywienia (DŻ);
9) Inspektor ds. BHP (BHP);
10) Inspektor Ochrony Danych (IOD);
11) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością (SZJ);
12) Samodzielne Stanowisko Informatyka (SI);
13) Samodzielne Stanowisko ds. Inwentaryzacji Majątku Szpitala (SIMS);
14) Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta (PDPP);
15) Radca Prawny (obsługa prawna) (RP);
16) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw (IOC);
17) Inspektor ds. Przeciwpożarowych(PPOŻ);
18) Inspektor Ochrony Radiologicznej (IOR);
19) Sekretariat Dyrekcji(SD);
20) Kapelan Szpitalny (KSz).

§17
Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność stanowisk kierowniczych

1. Jednostkami i komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy.
2. Kierownicy ponoszą odpowiedzialność za pracę podległych jednostek lub komórek organizacyjnych.
3. Dyrektor Szpitala może powierzyć kierownikowi kierowanie więcej niż jedną jednostką/komórką organizacyjną.

§18
System zastępstw

1. W razie nieobecności Kierownika komórki organizacyjnej zastępuje go jego stały zastępca, a w razie braku stałego zastępcy – pracownik wyznaczony przez tego Kierownika. Podczas nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarki/Położnej Koordynującej zastępstwo pełni wyznaczona przez nią osoba, która podejmie się pełnienia tej funkcji lub osoba wyznaczona przez Naczelną Pielęgniarkę.
2. W razie nieobecności pracownika jego przełożony wyznacza na ten okres zastępstwo innego pracownika lub rozdziela czynności nieobecnego pracownika pomiędzy innych pracowników danej komórki organizacyjnej,
3. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca po otrzymaniu zgłoszenia usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy zobowiązana jest do podjęcia decyzji o zabezpieczeniu obsady pielęgniarskich stanowisk pracy adekwatnie do ilości i stanu pacjentów hospitalizowanych w danym dniu w oddziałach. W tym celu w uzasadnionych przypadkach:
   1) decyduje o ewentualnej uzasadnionej zmianie dotychczasowego planu pracy zmianowej zespołu pielęgniarskiego, w tym telefonicznego powiadomienia wybranej pielęgniarki/położnej o potrzebie podjęcia przez nią pracy we wskazanym dniu kalendarzowym,
   2) weryfikuje dotychczasowy plan pracy zespołu pielęgniarskiego poprzez wyznaczenie

wskazanej pielęgniarce/położnej dodatkowych dyżurów, których czas rozliczeniowy nie przekracza wymiaru 3 miesięcznego okresu rozliczeniowego,

3) w przypadku otrzymania zawiadomienia poza godzinami pracy pielęgniarka/położna oddziałowa kontaktuje się z pracownikami telefonicznie (posiada aktualną listę telefonów pracowników).

4. Ordynator/Kierownik komórki organizacyjnej po otrzymaniu zgłoszenia usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy zobowiązany jest do podjęcia decyzji o zabezpieczeniu obsady lekarskiej adekwatnie do ilości i stanu pacjentów hospitalizowanych w danym dniu na oddziale. W tym celu w uzasadnionych przypadkach:
   1) decyduje o ewentualnej uzasadnionej zmianie dotychczasowego ustalonego grafiku/harmonogramu pracy, w tym telefonicznego powiadomienia wybranego lekarza o potrzebie podjęcia przez niego pracy we wskazanym dniu kalendarzowym,
   2) weryfikuje dotychczasowy grafik/harmonogram pracy poprzez wyznaczenie wskazanemu lekarzowi dodatkowych dyżurów, których czas rozliczeniowy nie przekracza wymiaru 3 miesięcznego okresu rozliczeniowego,
   3) w przypadku otrzymania zawiadomienia poza godzinami pracy Ordynator/Kierownik komórki organizacyjnej kontaktuje się z pracownikami telefonicznie (posiada aktualną listę telefonów pracowników).

§19
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (ZDL)

1. **Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (ZDL)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (ZDL)** należy organizowanie i nadzorowanie udzielania świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia i kształcenia osób wykonujących zawody medyczne, a w szczególności:
   1) organizowanie świadczeń zdrowotnych Szpitala w sposób zapewniający właściwy poziom referencyjny;
   2) określenie liczby i rodzaju specjalistycznego personelu medycznego niezbędnego do zabezpieczenia realizowanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach wykonywanych usług zdrowotnych;
   3) zatwierdzanie szczegółowego zakresu obowiązków personelu medycznego w formie zakresów czynności, regulaminów służbowych lub instrukcji i procedur postępowania;
   4) dbanie o dostępność, ciągłość i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych;
   5) nadzór nad terminowością wyjaśniania wniosków, skarg i uwag chorych lub osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych i usług medycznych, analiza projektu odpowiedzi i zasadności skargi, wniosku i uwag, a także podejmowanie działań, które w przyszłości wyeliminują stwierdzone nieprawidłowości;
   6) nadzór nad właściwym poziomem higieniczno-sanitarnym w użytkowanych pomieszczeniach i obiektach;
   7) monitorowanie i kontrola prawidłowej realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
   8) prowadzenie nadzoru nad zapewnieniem i zabezpieczeniem właściwego obiegu dokumentacji medycznej, kontroli jej sporządzania, gromadzenia i przechowywania;
   9) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami sanitarnymi stosowanymi w podległych jednostkach/komórkach organizacyjnych;
   10) nadzór nad zaopatrzeniem w sprzęt medyczny i prawidłowym wykorzystaniem aparatury medycznej;
   11) nadzór nad prawidłowym przebiegiem kształcenia i dokształcania personelu medycznego;
   12) uczestniczenie w przygotowywaniu długo-, średnio-, i krótkookresowych planów

finansowych Szpitala w oparciu o zakres wykonywanych świadczeń medycznych;
13) współpraca z samorządem lekarskim i pielęgniarskim;
14) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjentów;
15) współpraca z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie działalności medycznej Szpitala;
16) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.

§20

1. **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa** podlegają bezpośrednio:
   1) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo zamknięte – **Szpital Specjalistyczny** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
      a) Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Endokrynologicznej (O/CHIR),
      b) Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (O/ORTO),
      c) Oddział Pediatryczny (O/PEDI),
      d) Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii (OITiA),
      e) Oddział Ginekologiczno – Położniczy (O/GINE),
      f) Oddział Neonatologiczny (O/NEON),
      g) Oddział Urologiczny (O/UROL),
      h) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc (O/WEW),
      i) Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej (O/NEUR),
      j) Blok Operacyjny (BO),
      k) Apteka Szpitalna (ASZ),
      l) Izba Przyjęć (IP),
      m) Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej (PR/DKARD),
   2) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo zamknięte – **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy**
   3) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Przychodnia Specjalistyczna** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
      a) Poradnia Chirurgii Ogólnej (P/CHIR),
      b) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chirurgii Ogólnej(G/PCHIR),
      c) Poradnia Nefrologiczna (P/NEFRO),
      d) Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (P/ORTO),
      e) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej(G/PORTO),
      f) Poradnia Gastroenterologiczna(P/GASTRO),
      g) Poradnia Preluksacyjna (P/PRELU),
      h) Poradnia Ginekologiczno- Położnicza (P/GINE),
      i) Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy przy Poradni Ginekologiczno – Położniczej(G/PGINE),
      j) Poradnia Neonatologiczna(P/NEON),
      k) Poradnia Chorób Płuc(P/PŁUC),
      l) Poradnia Urologiczna(P/UROL),
      m) Poradnia Kardiologiczna(P/KARD),
      n) Poradnia Neurologiczna(P/NEUR),
      o) Poradnia Terapii Uzależnień od Alkoholu(P/TUA),
      p) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych(P/ZPD),

q) Poradnia Rehabilitacyjna(P/REH),
r) Poradnia Reumatologiczna(P/REUM),
s) Poradnia Endokrynologiczna(P/ENDO),
t) Poradnia Diabetologiczna(P/DIABE),
u) Poradnia Pediatryczna(P/PEDI),
v) Poradnia Logopedyczna(P/LOGO),
w) Poradnia Medycyny Pracy(P/MP),
x) Pracownia EEG (PR/EEG)
y) Dział Fizjoterapii (D/FIZ).

4) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie(CMR w Lubartowie)** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
   a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (G/LPOZ),
   b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
   c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
   d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
   e) **Gabinet Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (NiŚ).**
5) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej w Kocku (CMR w Kocku)** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
   a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
   b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
   c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
   d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
   e) Poradnia Ginekologiczna(P/GINE),
   f) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Ginekologicznej(G/PGINE).
6) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Centrum Medycyny Rodzinnej w Ostrowie Lubelskim (CMR w Ostrowie Lubelskim)** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
   a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
   b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
   c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
   d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz).
7) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Ratownicze Zespoły Wyjazdowe(RZW)** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
   a) Zespół Wyjazdowy Podstawowy – P – Łucka,
   b) Zespół Wyjazdowy Specjalistyczny – S – Łucka,
   c) Zespół Wyjazdowy Specjalistyczny – S – Kock,
   d) Zespół Wyjazdowy Podstawowy – P – Ostrów Lubelski
8) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Zakład Diagnostyki Obrazowej** (ZDO) z wymienionymi poniżej komórkami organizacyjnymi:
   a) Pracownia Rentgenodiagnostyki(PR/RTG),
   b) Pracownia Ultrasonografii(PR/USG),
   c) Pracownia Tomografii Komputerowej(PR/TK),
   d) Pracownia Rezonansu Magnetycznego(PR/MRI),

9) Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – **Zakład Diagnostyki Endoskopowej** z wymienionymi niżej komórkami organizacyjnymi:
   a) Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego (PR/ENDOS),
   b) Pracownia Bronchoskopowa (PR/BRON).
10) **Punkt Sterylizacji (PS),**
11) **Dział Świadczeń Medycznych (DŚM),**
12) **Pracownik ds. Socjalnych Pacjentów (PSP),**

§21
Naczelna Pielęgniarka (NP)

1. **Naczelna Pielęgniarka (NP)** podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań **Naczelnej Pielęgniarki** należy organizowanie i nadzorowanie zadań wykonywanych przez pielęgniarki i położne, opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych udzielających świadczeń w Izbie Przyjęć i pielęgniarki udzielające świadczeń w poradniach specjalistycznych, a także pielęgniarki medycyny szkolnej, a w szczególności:
   1) zapewnienie realizacji kompleksowych świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki, położne, opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych udzielających świadczeń w Izbie Przyjęć w opiece nad pacjentami;
   2) systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą, opiekuna medycznego oraz ratownika medycznego udzielającego świadczeń w Izbie Przyjęć;
   3) systematyczne monitorowanie, analizowanie i ocena jakości opieki pielęgniarskiej i położniczej, opiekuna medycznego oraz ratownika medycznego udzielającego świadczeń w Izbie Przyjęć, stosowanych metod pracy, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy;
   4) wykonywanie innych czynności związanych bezpośrednio z pracą zawodową, czynności pielęgniarskie i położnicze, opiekuna medycznego oraz ratownika medycznego udzielającego świadczeń w Izbie Przyjęć przy pacjentach Szpitala w zakresie posiadanych kwalifikacji zawodowych;
   5) sprawowanie nadzoru nad opracowywaniem, wdrażaniem i przestrzeganiem procedur obowiązujących w Szpitalu;
   6) nadzorowanie opracowywanie i wdrażanie programów zapewniających wysoką jakość realizowanych świadczeń pielęgniarskich i położniczych;
   7) nadzorowanie, planowanie właściwego rozmieszczenia i wykorzystania personelu oraz zatwierdzanie harmonogramów pracy, urlopów Pielęgniarek/Położnych Oddziałowych i Pielęgniarek/Położnych Koordynujących, akceptowanie ich zastępstwa, nadzorowanie rozliczania czasu pracy;
   8) nadzorowanie dokumentacji medycznej pacjentów sporządzanej przez podległy personel;
   9) nadzorowanie zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej i położniczej, opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych świadczących usługi w Izbie Przyjęć poprzez elastyczną rotację kadr odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę;
   10) nadzorowanie realizacji zadań na podległych stanowiskach pracy oraz przestrzegania regulaminu pracy, przepisów BHP i p.poż;
   11) nadzorowanie przebiegu procesu adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
   12) uczestniczenie w odprawach kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej i opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych udzielających świadczeń w Izbie Przyjęć;

13) koordynowanie współdziałania pielęgniarek i położnych oraz opiekunów medycznych i ratowników medycznych udzielających świadczeń w Izbie Przyjęć z przedstawicielami innych zawodów;
14) przeprowadzanie okresowych kontroli pracy podległego personelu podczas zmian rannych, popołudniowych, nocnych, w tym dni wolne od pracy i dni świąteczne;
15) opracowywanie strategii pozyskiwania nowych pracowników, wdrażanie program rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych i opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych świadczących usługi w Izbie Przyjęć;
16) opracowanie i doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników;
17) ustalanie planu szkolenia personelu pielęgniarskiego i położniczego oraz opiekunów medycznych i ratowników medycznych świadczących usługi w Izbie Przyjęć w porozumieniu z pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi oraz pielęgniarkami koordynującymi;
18) udzielanie podległemu personelowi rad i wskazówek dotyczących jego pracy w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej i położniczej oraz opiekuna medycznego i ratowników medycznych udzielających świadczeń w Izbie Przyjęć;
19) prowadzenie szkoleń podległego personelu w zakresie organizacji pielęgniarskich i położniczych stanowisk pracy oraz opiekunów medycznych i ratowników medycznych świadczących usługi w Izbie Przyjęć;
20) nadzorowanie i organizowanie przebiegu staży i praktyk studenckich pielęgniarek i położnych oraz opiekunów medycznych i ratowników medycznych (poza Ratowniczymi Zespołami Wyjazdowymi) w Szpitalu zgodnie z udzielonym pełnomocnictwem;
21) inicjowanie i realizowanie programów z zakresu promocji zdrowia w celu stworzenia pacjentom i ich rodzinom warunków do kształtowania zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom;
22) monitorowanie porządku i dyscypliny pracy podległego personelu;
23) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przez podległy personel zasad reżimu sanitarnego, ładu i wzorowego porządku aptecznego i magazynowego;
24) monitorowanie i analizowanie poziomu satysfakcji pacjentów z wykonywanych usług pielęgniarskich i położniczych oraz opiekunów medycznych i ratowników medycznych udzielających świadczeń poza Ratowniczymi Zespołami Wyjazdowymi w Szpitalu;
25) rozpatrywanie skarg i wniosków składanych przez podległy personel, współpracowników i pacjentów.

§ 22

1. **Naczelnej Pielęgniarce** podlegają służbowo:
   1) Pielęgniarki Oddziałowe;
   2) Położne Oddziałowe;
   3) Pielęgniarki i Położne Koordynujące;
   4) Pielęgniarki w Poradniach Specjalistycznych;
   5) Pielęgniarki Medycyny Szkolnej;
   6) Zastępca Kierownika Izby Przyjęć,
   7) Zastępca Kierownika Bloku Operacyjnego,
   8) Zastępca Kierownika Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie.

§23

Główny Księgowy (GK)

1. **Główny Księgowy (GK)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań **Głównego Księgowego** w zakresie obowiązków związanych z

realizacją przepisów dotyczących sektora finansów publicznych należy w szczególności:

1) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami;
2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
3) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym oraz kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
4) nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentów finansowo-księgowych;
5) sporządzanie sprawozdania finansowego za rok obrachunkowy i poddawanie go kontroli przez biegłego rewidenta oraz przekazywanie ich zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie terminami;
6) czynności związane z obsługą bankową;
7) nadzór nad terminowym odprowadzaniem podatków do Urzędu Skarbowego, składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i innych należności publiczno-prawnych;

3. Ponadto do zadań Głównego Księgowego należy planowanie oraz nadzorowanie majątku Szpitala, a w szczególności:
   1) opracowywanie planu finansowego Szpitala,
   2) monitorowanie wykonania planu po stronie przychodów i kosztów, przedstawianie analiz i wniosków Dyrekcji Szpitala,
   3) zapewnienie obiegu informacji wewnętrznej, zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu przepisami,
   4) kontrola przebiegu operacji finansowych, polegająca w szczególności na kontroli obrotów pieniężnych na rachunkach bankowych Szpitala, monitorowanie płynności finansowej w celu zapewnienia ciągłości działalności,
   5) rozliczanie inwestycji, Programów Zdrowotnych oraz dotacji,
   6) Sporządzanie sprawozdań finansowych wg określonych standardów i ich przekazywanie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie terminami;
   7) Opracowywanie strategii działań Szpitala oraz koordynowanie jej realizacji, jak również przygotowywanie sprawozdań i informacji w tym zakresie;
   8) Zapewnienie prawidłowego obiegu dokumentów księgowych, zgodnego z obowiązującymi w Szpitalu przepisami;
   9) Kontakty i współpraca z instytucjami zewnętrznymi, bankami i dostawcami w sprawach wynikających z wykonywanych zadań;
   10) Współudział w kontrolowaniu kosztów działalności poszczególnych komórek organizacyjnych pod kątem planu finansowego;
   11) Prowadzenie Rejestru darowizn finansowych;
   12) Przestrzeganie dyscypliny finansów publicznych;
   13) Przestrzeganie terminów rozliczania należności, zobowiązań;
   14) Udział w konstrukcji budżetu Szpitala oraz planów finansowo-rzeczowych;
   15) Opracowywanie projektów dotyczących prowadzenia rachunkowości, w szczególności planu kont, obiegu dowodów księgowych;
   16) Zatwierdzanie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital;
   17) Nadzorowanie pracy kasy, ewidencji analitycznej kosztów, ewidencji ilościowo-wartościowej składników majątkowych Szpitala;
   18) Współpraca z urzędami i instytucjami finansowymi;
   19) Koordynowanie negocjowania warunków lokat, kredytów;
   20) Należyte przechowywanie i zabezpieczenie dokumentów księgowych i innej dokumentacji związanej z księgowością.
4. W celu realizacji swoich zadań Główny Księgowy ma prawo:

1) żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych udzielania w formie ustnej lub pisemnej niezbędnych informacji i wyjaśnień, jak również udostępniania do wglądu dokumentów i wyliczeń będących źródłem tych informacji i wyjaśnień;
2) wnioskować do Dyrektora Szpitala o określenie trybu, zgodnie z którym mają być dokonywane przez inne komórki organizacyjne prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej.

§24
Ordynator/Kierownik Oddziału Szpitalnego

1. **Oddziałem kieruje Ordynator/Kierownik Oddziału Szpitalnego.**
2. Ordynator/Kierownik Oddziału Szpitalnego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Ordynator/Kierownik Oddziału Szpitalnego planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność podległych im oddziałów szpitalnych oraz przypisanych im odpowiednim poradniom i pracowniom, zgodnie z § 47 i 48.
4. Dyrektor może powierzyć Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału Szpitalnego kierowanie dodatkowo inną komórką organizacyjną niż Oddział.
5. **Do zadań Ordynatora/Kierownika Oddziału Szpitalnego należy** zarządzanie Oddziałem w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, związanych z ratowaniem życia oraz przywracaniem zdrowia pacjentom Oddziału, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną oraz obowiązującymi standardami i procedurami.
6. **Do podstawowych zadań Ordynatora/ Kierownika Oddziału Szpitalnego należy:**
   1) nadzór nad zapewnieniem pacjentom należytej opieki;
   2) nadzór nad racjonalną i właściwą gospodarką lekami w oddziale;
   3) nadzór nad zaopatrzeniem w niezbędny sprzęt;
   4) racjonalne wykorzystanie łóżek w oddziale;
   5) organizowanie prac§y i udzielania świadczeń medycznych na podstawie grafików pracy i udzielania świadczeń zdrowotnych przez podległy sobie personel (lekarzy, pielęgniarki/położne, salowe i inny personel medyczny), niezależnie od formy zatrudnienia, zgodnie z ustalonymi wewnętrznymi wymaganiami;
   6) monitorowanie i nadzór nad właściwym wydatkowaniem przydzielonych w ramach limitu kwot;
   7) sprawowanie nadzoru nad właściwym i terminowym prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz systematyczne kontrolowanie historii chorób i pozostałej dokumentacji;
   8) nadzorowanie prawidłowego i terminowego sporządzania sprawozdawczości w zakresie usług zdrowotnych udzielanych w oddziale;
   9) nadzorowanie utrzymywania wysokiego poziomu udzielanych świadczeń;
   10) nadzór nad stanem epidemiologicznym oddziału, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych;
   11) zgłaszanie pielęgniarce ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych lub przełożonemu wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie;
   12) zorganizowanie pracy w sposób zapewniający zbadanie chorego bez zbędnej zwłoki, udzielenie właściwej pomocy poprzez niezwłocznie postawione rozpoznanie i szybkie wdrożenie właściwego leczenia;
   13) monitorowanie i nadzór nad prawidłowym tokiem pracy na oddziale, nadzorowanie pod względem fachowym i etycznym pracy podległego personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy;

14) nadzór nad stanem techniczno-funkcjonalnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związanej z działalnością oddziału;
15) udzielanie konsultacji na innych oddziałach w zakresie swojej specjalności;
16) zgodne z przepisami prawa planowanie i rozliczanie czasu pracy podległych pracowników;
17) organizowanie pracy w sposób zapewniający aby proces diagnostyczny i leczniczy odbywał się w optymalnym czasie i bez ponoszenia nieuzasadnionych kosztów;
18) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej;
19) nadzór nad stosowaniem zasad etyki lekarskiej, przestrzeganiem tajemnicy lekarskiej oraz poszanowaniem praw pacjenta przez personel zatrudniony w Oddziale;
20) zapewnienie podnoszenia kwalifikacji personelu zatrudnionego w oddziale w tym prowadzenie merytorycznych szkoleń;
21) realizacja zaleceń pokontrolnych, formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych;
22) nadzorowanie przestrzegania zasad i przepisów BHP przez pracowników – stosowanie się do instrukcji, właściwego wykorzystania środków ochrony osobistej i odzieży roboczej, poddania się wymaganym badaniom lekarskim, uczestnictwa w szkoleniach w zakresie BHP;
23) stała współpraca z zespołami doradczymi, działającymi w Szpitalu;
24) współpraca z Izbą Przyjęć w zakresie udzielania konsultacji oraz kwalifikacji do hospitalizacji w oddziale;
25) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach wynagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej;
26) niezwłoczne raportowanie do właściwego Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych;
27) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora;
28) udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność oddziału;
29) wykonywanie innych zleconych przez zwierzchników zadań.

§25
Pielęgniarka/Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca

1. **Pielęgniarka/ Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca** podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce, a w zakresie wykonywania czynności diagnostycznych i funkcjonalnie Ordynatorowi/Lekarzowi kierującemu Oddziałem lub komórką organizacyjną należącą do działalności podstawowej.
2. Pielęgniarka/ Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek/położnych, opiekunów medycznych i innych pracowników pomocniczych zatrudnionych w oddziale lub komórce organizacyjnej należącej do działalności podstawowej.
3. Pielęgniarka/ Położna Oddziałowa, Pielęgniarka/Położna Koordynująca odpowiada za pracę personelu wymienionego w ust. 2 niniejszego paragrafu.
4. Dyrektor może powierzyć Pielęgniarce/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarce/Położnej Koordynującej kierowanie więcej niż w jednym oddziale lub komórce organizacyjnej należącej do działalności podstawowej.
5. **Do obowiązków Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarki/Położnej Koordynującej należy:**
   1) **w zakresie planowania:**
      a) planowanie opieki pielęgniarskiej z uwzględnieniem ilości pracowników, ich kwalifikacji, podziału pracy,
      b) sporządzanie miesięcznych rozkładów pracy,

c) obliczanie przepracowanych godzin,
d) sporządzanie planów urlopów wypoczynkowych,
e) ustalanie zastępstw za nieobecny personel, w tym za wyznaczenie osoby przejmującej jej zadania podczas swojej nieobecności,
f) planowanie doskonalenia zawodowego,
g) planowanie przebiegu adaptacji i przyuczenia nowych pracowników.

2) **w zakresie realizacji funkcji organizowania:**
   a) zorganizowanie całodobowej pracy w oddziale lub komórce organizacyjnej należącej do działalności podstawowej, uwzględniając przydział zadań wobec personelu podległego,
   b) zorganizowanie właściwych warunków pracy,
   c) organizowanie odpraw z podległym personelem w celu omówienia spraw związanych z pracą w oddziale lub komórce organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,
   d) umożliwienie udziału w szkoleniach i dokształcaniu podległego personelu,

3) **w ramach realizacji funkcji motywacyjnej:**
   a) stworzenie właściwej atmosfery w oddziale lub w komórce organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,
   b) poprawna współpraca z całym personelem oddziału lub komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,
   c) zachęcanie do podnoszenia kwalifikacji przez pracowników,
   d) zachęcanie do lepszej jakości pracy,
   e) wnioskowanie o przyznanie nagród i pochwały,
   f) wnioskowanie o ukaranie, zwolnienie lub zmianę stanowiska,

4) **w zakresie funkcji kontrolnej** - ocena efektu końcowego przebiegu zadań oraz ustalenie stopnia realizacji i poprawności realizowanych działań, w tym celu:
   a) nadzoruje przebieg pracy podległego personelu,
   b) kontroluje poziom wykonywania zaleceń,
   c) kontroluje przepływ informacji w zespole,
   d) sprawdza zużycie sprzętu i materiałów opatrunkowych,
   e) kontroluje przebieg adaptacji nowych pracowników.

5) **w zakresie funkcji podstawowej**:
   a) obecność na raportach pielęgniarskich,
   b) udział w wizytach lekarskich (dotyczy tylko oddziałów szpitalnych),
   c) przyjmowanie pisemnych zleceń lekarskich,
   d) nadzór nad prawidłowością organizowanych świadczeń pielęgniarskich,
   e) wyznaczanie **Starszej Pielęgniarki/Położnej na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych**,
      - Starsza Pielęgniarka/Położna na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych to osoba:
        - koordynująca pracę na dyżurze,
        - pełniąca nadzór nad pacjentami wzmożonej opieki medycznej,
        - wyznaczona przez Pielęgniarkę/Położną Oddziałową, Pielęgniarkę Koordynującą poprzez symbol w grafiku (legenda w grafiku),
      - Starsza Pielęgniarka/Położna na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych planuje, organizuje, kontroluje pracę zespołu pielęgniarskiego, opiekunów medycznych i salowych, sanitariuszy oraz innych pracowników pomocniczych po godzinie 14.35 do 7.00 rano dnia następnego (lub też w innych godzinach, zgodnie z bieżącym harmonogramem pracy danego pracownika) oraz w soboty, niedziele i święta i inne dni wolne od pracy, lub też w innych godzinach,

zgodnie z bieżącymi potrzebami Szpitala,

- Starsza Pielęgniarka/Położna na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych rozwiązuje wszystkie problemy powstałe w czasie pracy dotyczące:
  - organizacji pracy,
  - przebiegu procesu pielęgnacyjnego,
  - obsady kadrowej,
- Starsza Pielęgniarka/Położna na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych w razie konieczności konsultuje lub uzgadnia decyzję przy pomocy:
  - Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarki Koordynującej,
  - Lekarza dyżurnego lub lekarza pełniącego funkcję Starszego lekarza dyżurnego,
- obowiązki Starszej Pielęgniarki/Położnej na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych:
  - zgodnie z obowiązującymi procedurami przyjęcie zmiany: sprawdzenie stanu zaopatrzenia oddziału/komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej, zapoznanie się ze stanem zdrowia pacjentów z podziałem na kategorie opieki, sprawdzenie obsady wg grafiku,
  - zaplanowanie i zorganizowanie pracy na zmianie,
  - nadzorowanie przebiegu pracy poprzez kontrolę: dyscypliny pracy, przebiegu procesu pielęgnowania wg obowiązujących standardów, monitoringu stanu zdrowia pacjentów w obowiązującej dokumentacji, przestrzeganie przepisów BHP, realizacji planowych i doraźnych zleceń lekarskich,
  - przekazanie zmiany następnej zmianie,
- ponadto Starsza Pielęgniarka/Położna na zmianach popołudniowych, nocnych i świątecznych zobowiązana jest:
  - zgłaszać wszelkie awarie dyżurnym pracownikom Działu Techniczno - Inwestycyjnego,
  - wykonywać prace administracyjne konieczne do płynnego funkcjonowania oddziału, komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej (np. zamawianie posiłków),
  - wszelkie uwagi dotyczące przebiegu dyżuru przekazywać Pielęgniarce/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarce/Położnej Koordynującej,
  - wykonywać inne zadania zgodnie ze specyfiką danego oddziału, komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,

f) nadzór nad właściwym przyjęciem, pobytem w oddziale i wypisaniem pacjenta,
g) nadzorów nad właściwym postępowaniem ze zwłokami pacjentów zmarłych w Szpitalu,
h) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji pacjentów związanej ze specyfiką oddziału lub komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,
i) zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym,
j) ścisła współpraca z całym zespołem terapeutycznym i działami pomocniczymi Szpitala,
k) prowadzenie dokumentacji zgodnej ze specyfiką oddziału lub komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,
l) zaopatrzenie oddziału lub komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej w leki, sprzęt medyczny, pościel i bieliznę,
m) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
n) nadzorowanie stanu sanitarno-higienicznego oddziału lub komórki organizacyjnej

należącej do działalności podstawowej oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów BHP i przeciwpożarowych,

o) kierowanie zebraniami wewnątrzoddziałowymi, planowanie ich zgodnie z potrzebami oddziału lub komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej,
p) przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu, uczestniczenie w naborze i ocenie personelu,
q) niezwłoczne raportowanie do właściwego Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
r) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych.

§ 26
Kierownik komórki organizacyjnej innej, niż należącej do działalności podstawowej

1. **Kierownik komórki organizacyjnej innej, niż należącej do działalności podstawowej** jest odpowiedzialny za planowanie, organizowanie, nadzorowanie oraz kontrolę działalności komórki organizacyjnej, którą kieruje.
2. **Do obowiązków kierownika komórki organizacyjnej innej, niż należącej do działalności podstawowej w szczególności należy:**
   1) kierowanie pracą podległych komórek organizacyjnych;
   2) rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą bezpośrednich wykonawców;
   3) proponowanie wewnętrznej organizacji komórki oraz rozdziału stałych zadań poszczególnym pracownikom;
   4) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego;
   5) przestrzeganie przy realizacji zadań dyscypliny ekonomicznej i finansowej;
   6) nadzór nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów BHP i p.poż.;
   7) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole;
   8) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników;
   9) analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych;
   10) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych;
   11) przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu, uczestniczenie w naborze i ocenie podległych pracowników;
   12) nadzór nad efektywnością i skutecznością działania podległych komórek organizacyjnych;
   13) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych;
   14) realizacja, wdrażanie zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Dyrektora;
   15) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej;
   16) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych;
   17) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
3. Uprawnienia Kierownika komórki organizacyjnej innej, niż należącej do działalności podstawowej:
   1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych;
   2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków

i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji;
3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników;
4) autonomiczne decydowanie o:
   a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
   b) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
   c) podpisywaniu korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
   d) wyznaczaniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.

4. Kierownik komórki organizacyjnej innej, niż należącej do działalności podstawowej ponosi odpowiedzialność za:
   1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień;
   2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach;
   3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala;
   4) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące zaznajamianie podległych pracowników z powyższymi przepisami;
   5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z Kodeksem pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych;
   6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów;
   7) terminowe i rzetelne prowadzenie dokumentacji, dokumentów sprawozdawczych, analitycznych informacji;
   8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej;
   9) dbanie o dobro oraz właściwy wizerunek Szpitala.

§ 27
Samodzielne stanowiska pracy

1. Do obowiązków osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy należy:
   1) Organizowanie pracy samodzielnie na swoim stanowisku pracy;
   2) Wykonywanie swoich obowiązków zgodnie z obowiązującymi przepisami i zakresem czynności na danym stanowisku pracy.

§ 28
Pracownik Szpitala

1. **Do obowiązków Pracownika Szpitala należy w szczególności:**
   1) kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesami Szpitala;
   2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy oraz zasad organizacji pracy w Szpitalu;
   3) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań;
   4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i p.poż.;
   5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym

obniżeniem wartości;
6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

2. Uprawnienia wykonawcze Pracownika Szpitala obejmują w szczególności:
   1) otrzymanie zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
   2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań, właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy;
   3) wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami;
   4) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku niemożności samodzielnego wywiązania się z zadań;
   5) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik Szpitala ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
   1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji;
   2) stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku stosownie do postawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych;
   3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 29
Współdziałanie komórek organizacyjnych

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych jest:
   1) usprawnianie procesów informacyjno – decyzyjnych;
   2) prawidłowa realizacja zadań statutowych;
   3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
   1) kadry zarządzającej;
   2) Dyrektora bądź Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z Ordynatorami/Kierownikami Oddziałów i Kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych;
   3) Naczelnej Pielęgniarki z Pielęgniarkami/Położnymi Oddziałowymi, Pielęgniarkami/Położnymi Koordynującymi oraz Położną Oddziałową.
3. Spotkania mają na celu:
   1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania;
   2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania;
   3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań;
   4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów, Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych, Pielęgniarki Oddziałowe, Pielęgniarki/Położne Koordynujące oraz Położna Oddziałowa zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

ROZDZIAŁ III
STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 30

W rozumieniu ustawy o działalności leczniczej Szpital prowadzi następujące Zakłady Lecznicze:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo zamknięte – dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne.
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte – dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

§ 31

1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:
   1) komórki organizacyjne działalności podstawowej;
   2) komórki organizacyjne obsługi administracyjnej, ekonomicznej, gospodarczej i technicznej,
2. W strukturze organizacyjnej podlegającej **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa(ZDL)** znajdują się poniższe jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego:
   1) **Szpital Specjalistyczny** obejmujący poniższe komórki organizacyjne:
      a) Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Endokrynologicznej(O/CHIR),
      b) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej(O/ORTO),
      c) Oddział Pediatryczny(O/PEDI),
      d) Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii(OITiA),
      e) Oddział Ginekologiczno-Położniczy(O/GINE),
      f) Oddział Neonatologiczny(O/NEON),
      g) Oddział Urologiczny(O/UROL),
      h) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc(O/WEW) w ramach którego działa Pracownia Spirometryczna,
      i) Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej(O/NEUR),
      j) Blok Operacyjny(BO) - 3 sale operacyjne, 1 sala cięć i 1 sala poznieczuleniowa,
      k) Apteka Szpitalna(ASZ),
      l) Izba Przyjęć(IP),
      m) Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej(PR/DKARD),
   2) **Zakład Opiekuńczo – Leczniczy** (ZOL)
   3) **Przychodnia Specjalistyczna** obejmująca poniższe komórki organizacyjne:
      a) Poradnia Chirurgii Ogólnej(P/CHIR),
      b) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chirurgii Ogólnej(G/PCHIR),
      c) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej(P/ORTO),
      d) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej(G/PORTO),
      e) Poradnia Preluksacyjna(P/PRELU),
      f) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza(P/GINE),
      g) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Ginekologiczno-Położniczej(G/PGINE),

h) Poradnia Neonatologiczna(P/NEON),
i) Poradnia Chorób Płuc(P/PŁUC),
j) Poradnia Urologiczna(P/UROL),
k) Poradnia Kardiologiczna(P/KARD),
l) Poradnia Neurologiczna(P/NEUR),
m) Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu(P/TUA),
n) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych(P/ZPD),
o) Poradnia Rehabilitacyjna(P/REH),
p) Poradnia Reumatologiczna(P/REUM),
q) Poradnia Endokrynologiczna(P/ENDO),
r) Poradnia Diabetologiczna(P/DIABE),
s) Poradnia Gastroenterologiczna(P/GASTRO) ,
t) Poradnia Nefrologiczna(P/NEFRO),
u) Poradnia Pediatryczna(P/PEDI),
v) Poradnia Logopedyczna(P/LOGO),
w) Poradnia Medycyny Pracy(P/MP);
x) Pracownia EEG(PR/EEG),
y) Dział Fizjoterapii(D/FIZ),

4) **Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie (CMR w Lubartowie)** obejmujące poniższe komórki organizacyjne:
   a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
   b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
   c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
   d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
   e) **Gabinet Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej(NiŚ)**;
5) **Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej w Kocku (CMR w Kocku)** obejmujące poniższe komórki organizacyjne:
   a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
   b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
   c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
   d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
   e) Poradni Ginekologiczna(P/GINE),
   f) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Ginekologicznej(G/PGINE),
6) **Centrum Medycyny Rodzinnej w Ostrowie Lubelskim (CMR w Ostrowie Lubelskim)** obejmujące poniższe komórki organizacyjne:
   a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
   b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
   c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
   d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
7) **Ratownicze Zespoły Wyjazdowe (RZW)** działające w ramach Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego w skład których wchodzą poniższe komórki organizacyjne:
   a) Zespół Wyjazdowy Podstawowy – P – Łucka,
   b) Zespół Wyjazdowy Specjalistyczny – S – Łucka,
   c) Zespół Wyjazdowy Specjalistyczny – S – Kock,
   d) Zespół Wyjazdowy Podstawowy – P – Ostrów Lubelski
8) **Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO)** obejmujący:
   a) Pracownia Rentgenodiagnostyki(PR/RTG),
   b) Pracownia Ultrasonografii(PR/USG),
   c) Pracownia Tomografii Komputerowej(PR/TK),

d) Pracownia Rezonansu Magnetycznego(PR/MRI).

9) **Zakład Diagnostyki Endoskopowej (ZDE)** obejmujący:
   a) Pracownie Endoskopii Przewodu Pokarmowego (PR/ENDOS)
   b) Pracownię Bronchoskopową (PR/BRON),

10) **Dział Świadczeń Medycznych(DŚM)** w którego skład wchodzą:
   a) **Kierownik Działu Świadczeń Medycznych w liczbie 1 etatu, który kieruje poniższymi sekcjami:**
      - Sekcja Kontraktowania, Realizacji i Rozliczeń Świadczeń Medycznych(SKRŚM) –5 etatów,
      - Sekcja Dokumentacji i Statystyki Medycznej(SDSM) - 3 etaty,
      - Sekcja Koderów Medycznych (SKM) - 4 etaty.

11) **Pracownik ds. Socjalnych Pacjentów(PSP),**

12) **Punkt Sterylizacji(PS).**

3. Komórki organizacyjne należące do działalności podstawowej, podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w zakresie opieki pielęgniarskiej, położniczej i opiekunów medycznych służbowo Naczelnej Pielęgniarce.
4. Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów Szpitalnych planują, organizują i nadzorują oraz ponoszą odpowiedzialność za działalność podległych im oddziałów szpitalnych oraz przypisanych im odpowiednim poradniom/pracowniom (zgodnie z § 47 i 48).
5. Koordynowanie Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych należy bezpośrednio do wyznaczonego Koordynatora Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. **Do podległych bezpośrednio Dyrektorowi** komórek organizacyjnych należących do działalności podstawowej oraz komórek organizacyjnych obsługi administracyjnej, ekonomicznej, gospodarczej i technicznej zalicza się:
   1) **Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa(ZDL)** – 1 etat;
   2) **Naczelna Pielęgniarka(NP)** – 1 etat;
   3) **Główny Księgowy(GK)** – 1 etat,
   4) **Dział Kadr i Płac (DKP)** w którego skład wchodzi:
      a) Kierownik Działu Kadr i Płac – 1 etat,
      b) Stanowisko ds. kadr – 3 etaty,
      c) Stanowisko ds. płac – 3 etaty.
   5) **Dział Organizacyjny(DO)** w którego skład wchodzi
      a) Kierownik Działu Organizacyjnego - 1 etat,
      b) Stanowisko ds. organizacyjnych -2 etaty,
      c) Stanowisko archiwisty - 1 etat,
      d) Stanowisko obsługujące Punkt Informacyjny - 1 etat,
   6) **Dział Techniczno-Inwestycyjny(DTI)** w którego skład wchodzi:
      Kierownik Działu Techniczno – Inwestycyjnego - 1 etat, któremu podlegają:
      a) Stanowisko konserwatora urządzeń technicznych – 1 etat
      b) Zespół elektryków - 4 etaty,
      c) Zespół operatorów niepalnych gazów medycznych - 1 etat,
      d) Zespół hydraulików - 6 etatów,
      e) Zespół robotników budowlanych - 6 etatów,
      f) Zespół dozorców - 5 etatów,
      g) Magazyn – 2 etaty,
      h) Stanowisko kierowcy zaopatrzeniowca – 1 etat,
      i) **Sekcja Aparatury Medycznej(SAM)** w której skład wchodzą:
         - Stanowisko ds. aparatury medycznej - 2 etaty,

7) **Dział Żywienia(DŻ)** w którego skład wchodzi:
Kierownik Działu Żywienia - 1 etat, któremu podlegają:
   a) **Sekcja Kuchni Szpitalnej(SKS)** w której skład wchodzą:
      - Stanowisko Szefa Kuchni - 1 etat-,
      - Stanowisko kucharki - 10 etatów,
      - Stanowisko pomocy kuchennej – 2 etaty,
      - Stanowisko magazyniera - 1 etat.
   b) **Sekcja Dietetyków Szpitalnych(SDS)** w której skład wchodzą:
      - Stanowisko dietetyka szpitalnego - 2 etaty,
8) **Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej(DEiHSz),** w którego skład wchodzi:
Kierownik Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej w liczbie 1 etatu, któremu podlegają:
   a) **Sekcja Higieny Szpitalnej(SHS)** w której skład wchodzą:
      - Stanowisko starszego inspektora - 1 etat,
      - Stanowisko sprzątaczki - 7 etatów,
      - Stanowisko salowej - 44 etaty,
      - Stanowisko sanitariusza - 35 etatów
   b) **Sekcja Epidemiologiczna(SE)** w której skład wchodzi:
   Stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej - 1 etat,
9) **Sekretariat Dyrekcji(SD)** – 1 etat;
10) **Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością(SZJ)** – 1 etat;
11) **Inspektor Ochrony Danych (IOD)** – 1 etat;
12) Inspektor ds. Przeciwpożarowych(PPOŻ) – usługa obca;
13) **Inspektor ds. Obronnych i Rezerw(IOC) – usługa obca;**
14) **Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy(BHP)** – 1 etat;
15) Radca Prawny (obsługa prawna)(RP) – usługa obca;
16) **Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta(PDPP)** – 1 etat;
17) **Samodzielne stanowisko pracy Informatyka(SI)** – 2 etaty;
18) **Samodzielne Stanowisko ds. Inwentaryzacji Majątku Szpitala (SIMS)** – 1 etat;
19) Inspektor Ochrony Radiologicznej(IOR) – usługa obca;
20) **Kapelan Szpitalny(KSz)** – 0,5 etat.

§32

Szczegółową strukturę organizacyjną określa **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

§33
Izba Przyjęć (IP)

1. **Izba Przyjęć(IP)** jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Szpitala Specjalistycznego i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. **Do zadań Izby Przyjęć Szpitala należy w szczególności:**
   1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala;
   2) ustalanie i kwalifikacja jako pilne bądź stabilne potrzeb zdrowotnych pacjentów zgłaszających się do Szpitala ze skierowaniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w drodze konsultacji lekarskich, których dokonują lekarze oddziałów Szpitala lub odpowiedni lekarze dyżurni;
   3) przyjęcie do szpitala i przekazanie do oddziałów szpitalnych pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

4) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie;
5) przeprowadzanie badań położniczych u zgłaszających się kobiet ciężarnych;
6) kwalifikowanie kobiet do odbycia porodu;
7) kwalifikowanie do leczenia szpitalnego;
8) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
9) przyjęcia planowe pacjentów na oddziały szpitalne odbywają się od poniedziałku do piątku;
10) przyjęcia pacjentów w stanach nagłych, związane z wypadkiem zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia, odbywają się całodobowo, bez skierowania.

3. **Kierownik Izby Przyjęć** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Izby Przyjęć i podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§34
Zespół Transportu Sanitarnego (ZTS)

1. **Zespół Transportu Sanitarnego (ZTS)** jest komórką organizacyjną inną niż działalność lecznicza.
2. Do zadań **Zespołu Transportu Sanitarnego** należy w szczególności:
   1) świadczenie zadań z zakresu transportu sanitarnego zlecanego przez poradnie POZ, Oddziały i Poradnie Specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie umowy z NFZ;
   2) współpraca z Oddziałem, na który ma zostać przekazany pacjent, celem jego dalszej hospitalizacji;
   3) współpraca z personelem medycznym placówek ochrony zdrowia, z których przekazywani są pacjenci, w tym właściwe zabezpieczenie medyczne transportowanych pacjentów;
   4) wykonywanie transportu pracowników medycznych, środków leczniczych, wyposażenia medycznego, pomiędzy placówkami ochrony zdrowia, gdy nie ma innej możliwości przewozu;
   5) utrzymywanie karetki w stanie ciągłej gotowości transportowej.
3. **Kierownik Izby Przyjęć** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zespołu Transportu Sanitarnego – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§35
Oddziały Szpitalne

1. **Oddziały Szpitalne** (dalej Oddziały) są komórkami organizacyjnymi jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Szpitala Specjalistycznego i należą do działalności podstawowej Szpitala.
2. Oddział może mieć w swojej strukturze pododdziały.
3. Liczbę i rodzaje łóżek szpitalnych w oddziałach określa Dyrektor w drodze Zarządzenia.
4. Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności:
   a) zapewnienie opieki stacjonarnej w reprezentowanej specjalności,
   b) rozpoznanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia,
   c) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach,
   d) prowadzenie dokumentacji zgodnie z ustalonymi zasadami,
   e) monitorowanie i ciągła poprawa jakości usług medycznych,
   f) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
   g) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,

h) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
i) zawiadamianie poprzez administrację Szpitala wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
j) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

5. Do sprawnego funkcjonowania oddziałów, w których hospitalizowani są pacjenci całodobowo ustala się poniższe zasady postępowania przekazania pacjentów kolejnym zmianom:
   1) codziennie w oddziałach Szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych informacji zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
   2) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
   3) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich **(autoryzacji pod każdym raportem powinien dokonać lekarz zdający dyżur i przyjmujący dyżur),**
   4) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach na koniec każdej zmiany,
   5) raport pielęgniarki/położnej sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich **(autoryzacji pod każdym raportem dokonują pielęgniarki/położne zdające dyżur i przyjmujące dyżur).**
6. Leczenie szpitalne to całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny trwający w ramach hospitalizacji od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu.
7. Leczenie szpitalne obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnacje oraz rehabilitację, inne świadczenia niezbędne w toku leczenia w tym usługę transportową.
8. Pacjent ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty, felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne (z wyjątkiem leczenia pacjentów w stanie nagłym).

§36

1. **Do wspólnych zadań Oddziałów Szpitalnych należy w szczególności:**
   1) prowadzenie diagnostyki oraz leczenia operacyjnego i/lub zachowawczego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pacjentów hospitalizowanych w Oddziale;
   2) zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki szpitalnej;
   3) wprowadzanie nowych metod diagnostyki i leczenia chorób, pielęgnacji i rehabilitacji;
   4) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z Izbą Przyjęć, Poradniami i Pracowniami przyszpitalnymi w zakresie jednostek chorobowych, leczonych w Oddziale i innymi komórkami organizacyjnymi adekwatnie do potrzeb;
   5) prowadzenie list oczekujących na świadczenia zdrowotne realizowane w trybie planowym, zgodnie z przepisami prawa i zarządzeniami Dyrektora Szpitala;
   6) dbałość o należyty wizerunek Szpitala;
   7) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego;
   8) wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego Oddziału;
   9) prowadzenie wewnętrznych szkoleń dla personelu medycznego Oddziału;
   10) podtrzymywanie współpracy między Oddziałami w zakresie leczenia pacjentów oraz szkolenia personelu medycznego;

11) systematyczne wprowadzanie i aktualizacja standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej, udzielanej w Oddziale;
12) realizacja zadań wynikających z procesu akredytacji;
13) przestrzeganie praw pacjenta, określonych w Karcie Praw Pacjenta;
14) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Szpitala oraz z przepisami prawa;
15) prowadzenie specjalizacji lekarskich, staży kierunkowych, praktyk studenckich;
16) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie obowiązków administracyjno-organizacyjnych oraz finansowych;
17) prowadzenie wymaganych rejestrów medycznych;
18) rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danego Oddziału;
19) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej;
20) przestrzeganie przepisów o ochronie danych w zakresie gromadzonych informacji;
21) realizowanie zarządzeń, poleceń służbowych, komunikatów i innych zadań wskazanych przez przełożonych.

2. **Do podstawowych zadań Oddziałów Szpitalnych należy** udzielanie świadczeń leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych w różnych dziedzinach medycznych, pacjentom wymagającym całodobowej opieki medycznej, zapewniając im realizację świadczeń: :
   1) badań diagnostycznych;
   2) procedur zabiegowych;
   3) konsultacji specjalistycznych;
   4) świadczeń rehabilitacyjnych;
   5) świadczeń pielęgnacyjnych;
   6) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonywania świadczenia;
   7) wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia;
   8) transport sanitarny.
3. Zadania podstawowe na Oddziale realizuje się poprzez:
   1) zbadanie każdego nowoprzyjętego pacjenta, określenie stanu ogólnego, zakresu badań diagnostycznych i ustaleniu planu opieki nad pacjentem, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji oraz jego modyfikowanie w zależności od stanu pacjenta;
   2) zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki zgodnie z profilem Oddziału, w tym całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
   3) zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa;
   4) kierowanie pacjentów do innych podmiotów leczniczych w przypadku braku możliwości zabezpieczenia pacjentowi pomocy medycznej odpowiedniej do stanu zdrowia pacjenta;
   5) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z innymi Oddziałami;
   6) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
   7) udzielanie konsultacji specjalistycznych dla pacjentów na innych Oddziałach;
   8) udzielanie konsultacji specjalistycznych dla pacjentów w Izbie Przyjęć;
   9) decydowanie o przyjęciu pacjenta z Izby Przyjęć do oddziału szpitalnego;
   10) utrzymanie Oddziału w należytym stanie sanitarno-epidemiologicznym i porządkowym;
   11) utrzymanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w Oddziale.
4. Rozkład dnia w zakresie diagnozowania, leczenia i pielęgnacji pacjentów leczonych w Oddziale powinien być dostosowany do organizacji pracy w innych medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala.
5. Rozkład pracy personelu medycznego Oddziału zapewnia całodobową i kompleksową opiekę

medyczną pacjentom, realizowaną poprzez:

1) wizyty lekarskie;
2) całodobowe zabezpieczenie pacjentów Oddziału w opiekę lekarską na zasadach określonych przez Dyrektora
3) we wszystkie dni robocze:
   a) odprawę personelu medycznego, na której omawiany jest stan zdrowia wszystkich pacjentów Oddziału,
   b) przekazanie raportu,
   c) konsultacje pacjentów w Oddziałach i Poradniach przez Ordynatora/Kierownika Oddziału lub wyznaczoną przez niego osobę,
   d) wizytę lekarską z udziałem Ordynatora/Kierownika Oddziału lub wskazanego przez niego lekarza,
   e) codzienną kwalifikacje pacjentów do leczenia zabiegowego,
4) właściwy system pracy personelu lekarskiego;
5) sporządzanie harmonogramu pracy personelu lekarskiego na dany miesiąc (dotyczy pracy w godzinach normalnej ordynacji oraz w godzinach pracy poza normalną ordynacją) przez Ordynatora/Kierownika Oddziału do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny. Harmonogram ma uwzględniać pracowników jak i osoby zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych;
6) właściwy system pracy pozostałego personelu medycznego;
7) właściwy system pracy pozostałych osób uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów;
8) systematyczne i terminowe prowadzenia (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wpisów dotyczących przebiegu hospitalizacji oraz pozostałej dokumentacji medycznej przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z zapewnieniem bieżącej kontroli przez Pielęgniarkę/Położną Oddziałową;
9) dodatkowo dla Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii:
   a) Wykonywanie znieczuleń do zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w salach operacyjnych Bloku Operacyjnego oraz w salach zabiegowych poszczególnych komórek, zgodnie z harmonogramem ustalanym przez Ordynatorów/Kierowników Oddziałów, a zatwierdzonym przez Kierownika Bloku Operacyjnego,
   b) Anestezjologiczną wizytę przedoperacyjną, która obejmuje:
      - Wywiad (na podstawie wypełnionej przez pacjenta ankiety),
      - Badanie pacjenta,
      - Analizę wyników badań dodatkowych,
      - Wybór metody znieczulenia, ocenę ryzyka okołooperacyjnego,
      - Informacje dla pacjenta,
      - Kwalifikację do znieczulenia
   c) wizyta przedoperacyjna jest przeprowadzana co najmniej 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym u pacjentów zakwalifikowanych planowo do operacji.

6. Harmonogram pracy personelu pielęgniarskiego/położniczego, opiekunów medycznych oraz personelu pomocniczego na dany miesiąc ustala Pielęgniarka/Położna Oddziałowa do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny. Harmonogram ma uwzględniać pracowników jak i osoby zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych.
7. Personel pielęgniarski/położniczy pracujący w danym Oddziale zobowiązani są do odpowiedniego podziału pracy i odpowiedzialności za wynik i jakość procesu pielęgnowania pacjentów danego Oddziału oraz prowadzenie stosownej medycznej dokumentacji pielęgniarskiej.

8. System pracy personelu pielęgniarskiego/położniczego oraz opiekunów medycznych w danej komórce ustala Dyrektor.
9. Każdy dyżur pielęgniarski/położniczy jest przekazywany w formie ustnej oraz poprzez stosowny wpis do książki raportów pielęgniarskich.
10. Czas pracy, w tym czas pracy zmianowej personelu zatrudnionego w Oddziale określają zapisy Regulaminu Pracy obowiązującego w Szpitalu, wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora.
11. W Szpitalu, poza czasem normalnej ordynacji, funkcjonuje zespół lekarzy dyżurnych, pełniących dyżur medyczny w rozumieniu zapisów ustawy o działalności leczniczej lub w ramach umowy podwykonawczej powierzenia zadań zabezpieczenia opieki lekarskiej innemu podmiotowi.
12. **Lekarz Dyżurny Oddziału** jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego (w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy), zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na Oddziale, a w szczególności:
    1) rozpoczynać dyżur medyczny o ustalonej godzinie - zgodnie z harmonogramem;
    2) kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej Oddziału, składając raport z odbytego dyżuru Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
    3) kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywających na Oddziale;
    4) przebywać na Oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia na inny Oddział, poinformować personel pielęgniarski o miejscu pobytu;
    5) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania – ustalić plan opieki i rozpocząć leczenie;
    6) na prośbę lekarza dyżurnego innego Oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia oraz w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia;
    7) w przypadku konieczności opuszczenia Oddziału, w związku z wykonaniem pilnych konsultacji na innym Oddziale, Izbie Przyjęć, Bloku Operacyjnym lub Trakcie Porodowym, Lekarz dyżurny powinien przekazać czasowy nadzór nad podległymi mu pacjentami **Starszej Pielęgniarce Dyżuru**, która w sytuacjach zagrażających życiu pacjenta wzywa dyżurnego anestezjologa i postępuje według standardu postępowania opracowanego dla tej sytuacji;
    8) wykonywać obchody lekarskie;
    9) przeprowadzać zabiegi operacyjne w trybie pilnym, oraz asystować, w razie potrzeby przy zabiegach wykonywanych w trybie pilnym u pacjentów z innego Oddziału zabiegowego szpitala.
13. W celu sprawnego funkcjonowania zespołów lekarzy dyżurnych wskazuje się funkcję Starszego Lekarza Dyżurnego.
14. Starszy Lekarz Dyżuru, na czas pełnienia dyżuru medycznego oraz nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa przejmuje obowiązki Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
15. Starszym Lekarzem Dyżuru może być Ordynator/Kierownik Oddziału lub Starszy Asystent, wyznaczony przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa w miesięcznym harmonogramie dyżurów.
16. Do obowiązków Starszego Lekarza Dyżuru należy w szczególności:

1) rozstrzyganie wszystkich kwestii spornych;
2) podejmowanie wiążących decyzji w zakresie organizacyjnym i porządkowym;
3) kierowanie działaniami w sytuacjach awaryjnych do momentu przybycia Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub Dyrektora Szpitala;
4) na podstawie stosownych procedur decydowanie o przeprowadzeniu lub zwolnieniu z sekcji zwłok;
5) służenie radą i pomocą innym lekarzom dyżurnym.

17. Starszy Lekarz Dyżuru o wszystkich podjętych decyzjach, mających istotny wpływ na bieżące funkcjonowanie Szpitala, powiadamia Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
18. Lekarze zobowiązani są prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, standardami jakościowymi i Zarządzeniami Dyrektora.
19. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela Ordynator/Kierownik Oddziału, lekarz Oddziału oraz Lekarze dyżurni Oddziału, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
20. Informacji o procesie pielęgnacyjnym udziela Pielęgniarka/Położna Oddziałowa lub pielęgniarka/położna pełniąca bezpośrednią opiekę nad pacjentem.
21. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa jest odpowiedzialna za zapewnienie pod względem merytorycznym, administracyjnym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej/położniczej na Oddziale.
22. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce i ponosi przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków, zaś funkcjonalnie podlega Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału.
23. W czasie nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej, za prawidłową pracę pielęgniarek/położnych danego Oddziału odpowiada wyznaczona przez nią pielęgniarka/położna, która przejmuje jej zakres zadań.
24. Pielęgniarki/położne odcinkowe zatrudnione na Oddziale oraz pozostały personel medyczny podlegają służbowo Pielęgniarce/Położnej Oddziałowej i ponoszą przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków.
25. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek/położnych odpowiada, wyznaczona w rozkładzie pracy Oddziału, Starsza Pielęgniarka/Położna Zmiany.

§ 37

1. Codziennie, w wyznaczonych godzinach w Oddziałach odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy, pielęgniarek i położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych informacji, zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich.
2. Lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie, przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na Oddział, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach.
3. Lekarze są zobowiązani prowadzić raporty lekarskie w Księdze Raportów Lekarskich.
4. Wizyty lekarskie w Oddziałach odbywają się zgodnie z harmonogramem, ustalonym przez Ordynatora/Kierownika Oddziału. Wizyta nie może naruszać prawa pacjenta do intymności i godności osobistej, a także prawa do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie, w tym informacji o jego stanie zdrowia.
5. Pielęgniarki/Położne przekazując pacjentów kolejnej zmianie, sporządzają w Księdze Raportów Pielęgniarskich informację zawierającą:
   1) oznaczenie podmiotu (nazwa podmiotu, kody resortowe, nazwę i adres zakładu leczniczego podmiotu, nazwę jednostki organizacyjnej, nazwę komórki organizacyjnej);
   2) numer kolejny wpisu;

3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych, ilość zakwalifikowanych pacjentów do danej kategorii opieki;
5) datę sporządzenia raportu;
6) Potwierdzenie przyjęcia i zdania dyżuru przez pielęgniarki lub położne pieczątką zawierającą: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

§ 38

1. Do zadań poszczególnych Oddziałów Szpitalnych należą w szczególności:
   1) **Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii (OITiA)** do którego zadań należy w szczególności:
      a) organizowanie i współudział w postępowaniach resuscytacyjnych na terenie Szpitala,
      b) zabezpieczenie postępowania terapeutycznego chorych w stanie zagrożenia życia,
      c) współudział w ustalaniu zasad przygotowania chorych do zabiegów operacyjnych,
      d) przeprowadzanie znieczuleń pacjentów do zabiegów operacyjnych,
      e) współudział w nadzorze pooperacyjnym na oddziałach zabiegowych oraz prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym na Oddziale,
      f) konsultowanie pacjentów w oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia na Oddziale,
   2) **Oddział Pediatryczny (O/PEDI)** do którego zadań należy w szczególności:
      a) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wieku rozwojowego, do 18 roku życia,
      b) świadczenie usług konsultacyjnych dla pacjentów dziecięcych leżących na innych Oddziałach,
   3) **Oddział Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Endokrynologicznej (O/CHIR)** do którego zadań należy w szczególności:
      a) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii ogólnej, w tym endoskopowej,
      b) diagnostyka i leczenie pacjentów dorosłych w zakresie chorób chirurgicznych, w trybie pilnym i planowym oraz sprawowanie intensywnej opieki pooperacyjnej,
      c) udzielanie konsultacji medycznych w zakresie reprezentowanej specjalności na innych Oddziałach,
   4) **Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc (O/WEW)** do którego zadań należy w szczególności:
      a) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych z uwzględnieniem chorób układu krążenia,
      b) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych Oddziałów,
      c) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób układu oddechowego,
      d) świadczenie usług konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych Oddziałów,
      e) prowadzenie w ramach Pododdziału Chorób Płuc **Pracowni Spirometrycznej** w której wykonywana jest diagnostyka pacjentów z oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych oraz dla pacjentów w ramach zawartych umów.
      W ramach struktury Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc

funkcjonują **łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego**, które podlegają Kierownikowi/Ordynatorowi tegoż oddziału.

5) **Oddział Ginekologiczno-Położniczy (O/GINE)**, do którego zadań należy w szczególności:
   a) świadczenie opieki okołoporodowej nad kobietą ciężarną, prowadzenia porodów oraz opieki poporodowej nad położnicą,
   b) prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych, mających na celu przekazanie wiedzy i przygotowanie kobiet ciężarnych do porodu i połogu,
   c) diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych,
   d) prowadzenie **Szkoły Rodzenia** do której zadań w szczególności należy:
      - prowadzenie działalności profilaktyczno-wychowawczej w zakresie:
        - świadomego macierzyństwa i ojcostwa,
        - promowania zdrowego stylu życia,
        - fizjologii ciąży i porodu,
        - promowania naturalnego karmienia niemowląt
      - psychoprofilaktyka porodu:
        - przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich,
        - pomoc w rozwiązywaniu problemów i trudności związanych z pielęgnowaniem i wychowywaniem dziecka,
        - poradnictwo położnicze,
        - poradnictwo laktacyjne,

6) **Oddział Neonatologiczny(O/NEON)**, do którego zadań należy w szczególności:
   a) sprawowanie opieki nad noworodkiem po urodzeniu, w tym nadzór nad prawidłowym przebiegiem okresu adaptacyjnego zdrowego noworodka oraz uczestnictwo w budowaniu prawidłowej więzi macierzyńskiej między matką i dzieckiem,
   b) diagnozowanie i leczenie noworodków z ciąż patologicznych oraz wykazujących objawy schorzeń i wad wrodzonych,
   c) świadczenie usług konsultacyjnych dla noworodków przebywających na Oddziale Pediatrycznym,

7) **Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej (O/NEUR)**, do którego zadań należy w szczególności:
   a) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami o charakterze neurologicznym,
   b) świadczenie usług z zakresu rehabilitacji oraz fizykoterapii osób po przebytym leczeniu na Oddziale oraz osób ze schorzeniami i wadami na tle neurologicznym,
   c) świadczenie usług konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych Oddziałów,

8) **Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej(O/ORTO)**, do którego zadań należy w szczególności:
   a) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami i pourazowymi uszkodzeniami układu kostno-stawowego,
   b) świadczenie usług z zakresu rehabilitacji osób po przebytym leczeniu na Oddziale,
   c) świadczenie usług konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych Oddziałów,

9) **Oddział Urologiczny(O/UROL)**, do którego zadań należy w szczególności:
   a) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami układu moczowo-płciowego,
   b) świadczenie usług konsultacyjnych dla pacjentów w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz pacjentów innych Oddziałów.

§ 39

Blok Operacyjny (BO)

1. **Blok Operacyjny (BO)** jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Szpitala Specjalistycznego i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. **W strukturze Bloku Operacyjnego funkcjonują:**
   1) Sala nr 1,
   2) Sala nr 2,
   3) Sala nr 3,
   4) Sala cięć cesarskich,
   5) Sala poznieczuleniowa,
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy głównie:
   1) przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie,
   2) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
4. Blok powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego oraz zorganizowany w ten sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i aparatura medyczna były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego w każdym terminie.

§ 40

1. **Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:**
   1) stała gotowość do wykonywania zabiegów operacyjnych;
   2) stała gotowość do wykonywania zabiegów operacyjnych na sali cięć cesarskich;
   3) wykonywanie zabiegów operacyjnych planowych zgodnie z zatwierdzonym przez Kierownika Bloku Operacyjnego harmonogramem zabiegów na dany dzień;
   4) przestrzeganie reżimu sanitarnego wynikającego z odrębnych przepisów w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych.
2. Tryby wykonywania zabiegów:
   1) **zabieg w trybie natychmiastowym** - zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równoczasowo z zabiegiem;
   2) **zabieg w trybie pilnym** - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
   3) **zabieg w trybie przyspieszonym** - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
   4) **zabieg w trybie planowym** - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.
3. Zabiegi operacyjne wykonywane są przez lekarzy posiadających w tym zakresie odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia, przy udziale lekarzy anestezjologów oraz przy stałej asyście pielęgniarek, położnych i innego personelu.
4. Za przeprowadzenie zabiegu operacyjnego odpowiada uprawniony do przeprowadzania

zabiegu lekarz, a za przeprowadzenie znieczulenia odpowiada lekarz anestezjolog.

5. Informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej są dokumentowane w postaci okołooperacyjnej karty kontrolnej.
6. Wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej dokonuje Koordynator karty okołooperacyjnej, na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty okołooperacyjnej.
7. Funkcję **Koordynatora karty okołooperacyjnej** pełni każdorazowo wyznaczony przez Ordynatora/Kierownika Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii, lekarz anestezjolog, a w przypadku zabiegu przeprowadzanego bez udziału lekarza anestezjologa Koordynatorem karty okołooperacyjnej jest lekarz prowadzący zabieg.
8. **Kierownik Bloku Operacyjnego** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Bloku Operacyjnego - podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
9. Kierownik Bloku Operacyjnego zarządza komórką organizacyjną z pomocą Zastępcy Kierownika Bloku Operacyjnego.
10. Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:
    1) w dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu. Operator przed zabiegiem operacyjnym bada pacjenta.
    2) w dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
    3) każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi.
    4) wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
    5) przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okołooperacyjnej karty kontrolnej":
        a) sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
        b) sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
        c) sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta (zdjęcia RTG, zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
        d) sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
        e) zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
        f) zapewnienie poszanowania godności osobistej Pacjenta.

§ 41

1. O skierowaniu pacjenta do **sali poznieczuleniowej** decyduje lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie pacjenta.
2. **Do zadań sali poznieczuleniowej należy w szczególności:**
    1) monitorowanie funkcji życiowych i leczenie pacjentów po zabiegach operacyjnych wymagających wzmożonej opieki medycznej;
    2) nadzór nad pacjentem po operacji obejmujący między innymi:
        a) obserwowanie pacjentów i ocenę stanu świadomości,
        b) monitorowanie częstości i jakości oddechu,
        c) monitorowanie EKG,
        d) monitorowanie ciśnienia tętniczego,
        e) monitorowanie pulsoksymetryczne,

f) obserwacja rany.

3. W ramach nadzoru anestezjologicznego leczenie bólu pooperacyjnego kontynuowane jest w obrębie danego Oddziału. Nadzorowanie obejmuje także ocenę natężenia i leczenie bólu pooperacyjnego w Oddziale. Celem nadzoru jest wczesne wykrywanie i leczenie ewentualnych powikłań pooperacyjnych.
4. Czas pobytu w sali poznieczuleniowej jest ustalany indywidualnie, w zależności od stanu pacjenta. Zależnie od stanu pacjent może zostać przeniesiony z sali poznieczuleniowej na Oddział, na którym pacjent przebywa na leczeniu lub Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii.
5. Decyzję o przeniesieniu na Oddział, na którym pacjent przebywa na leczeniu podejmuje lekarz anestezjolog, sprawujący nadzór nad salą poznieczuleniową – w porozumieniu z lekarzem, który przeprowadził zabieg.

§ 42

1. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.
2. W zakresie Księgi Bloku Operacyjnego gromadzone są informacje:
   1) dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL;
   2) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator sali operacyjnej);
   3) dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia);
   4) dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
   5) protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespól operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji –operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne).
3. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
4. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur.
5. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną

§43

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy (ZOL)

1. **Zakład Opiekuńczo – Leczniczy (dalej ZOL)** jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – lecznictwo zamknięte i należy do działalności podstawowej Szpitala.

2. Do zadań Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego 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 ZOL.

§44
Apteka Szpitalna (ASZ)

1. **Apteka Szpitalna(ASZ)** (dalej Apteka) jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Szpitala Specjalistycznego i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. Apteka świadczy usługi farmaceutyczne w zakresie zaopatrywania innych, medycznych komórek organizacyjnych Szpitala w leki, materiały opatrunkowe, materiały szewne.
3. **Do zadań Apteki należy w szczególności:**
   1) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne będące w dystrybucji Apteki i współudział w prowadzeniu gospodarki tymi produktami;
   2) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych do komórek organizacyjnych Szpitala;
   3) sporządzanie leków recepturowych i aptecznych;
   4) właściwe przechowywanie produktów leczniczych;
   5) nadzór nad środkami odurzającymi i psychotropowymi;
   6) nadzór nad gazami medycznymi;
   7) prowadzeniem sprawozdawczości księgowej w swoim zakresie;
   8) prowadzenie wymaganej dokumentacji oraz należyte jej przechowywania;
   9) przyjmowanie, ewidencjonowanie i wycena produktów leczniczych otrzymywanych w formie darowizn i bezpłatnych próbek;
   10) udzielanie informacji personelowi medycznemu komórek organizacyjnych o produktach leczniczych i wyrobach medycznych będących w dyspozycji Apteki;
   11) współpraca z Komitetem Terapeutycznym (udział w racjonalizacji farmakoterapii);
   12) uczestnictwo w przygotowaniu postępowań przetargowych na zakup produktów leczniczych zgodnie z odrębnymi przepisami;
   13) współtworzenie receptariusza szpitalnego;
   14) uczestnictwo w przygotowaniu postępowań przetargowych na zakup produktów leczniczych zgodnie z odrębnymi przepisami;
   15) wstrzymywanie i wycofywanie produktów leczniczych z obrotu zgodnie z odrębnymi przepisami;
   16) nadzór nad prawidłowością, ciągłością dostaw i dystrybucją produktów leczniczych i wyrobów medycznych będących w dystrybucja Apteki;
   17) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
   18) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych będących w dystrybucji Apteki;
   19) kontrola Apteczek Oddziałowych w zakresie prawidłowego przechowywania produktów leczniczych;
   20) monitorowanie, kontrola zużycia produktów leczniczych i wyrobów medycznych w komórkach organizacyjnych Szpitala;
   21) kompleksowa współpraca z lekarzami dotycząca informacji na temat leków, wyrobów medycznych i prawidłowej farmakoterapii;
   22) kontrola i nadzór nad realizacją umów przetargowych w swoim zakresie;

23) weryfikacja autentyczności produktów leczniczych w bazie Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków;
24) raportowanie obrotu produktami leczniczymi do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi;
25) realizacja dla ratowania życia i zdrowia pacjenta zakupu leku poprzez procedurę w trybie import docelowy.

4. **Kierownik Apteki Szpitalnej** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Apteki Szpitalnej i podlega Zastępcy Dyrektora ds Lecznictwa.

§ 45
Zakład Diagnostyki Obrazowej (ZDO)

1. **Zakład Diagnostyki Obrazowej(ZDO)** (dalej Zakład) jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. **Do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:**
   1) świadczenie badań z zakresu diagnostyki obrazowej ramach:
      a) wykonywania pacjentom badań tomografii komputerowej z kontrastem i bez kontrastu,
      b) wykonywanie pacjentom badań rezonansem magnetycznym z kontrastem i bez kontrastu
      c) wykonywania pacjentom badań rentgenowskich z kontrastem i bez kontrastu,
      d) wykonywania pacjentom badań ultrasonograficznych,

      zlecanych przez Oddziały i Poradnie Specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów;
   2) wykonywanie badań rtg w razie potrzeby przy łóżku pacjenta;
   3) wykonywanie badań diagnostycznych odbywa się na zlecenie:
      a) lekarzy lecznictwa stacjonarnego,
      b) lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego,
      c) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
      d) lekarzy innych podmiotów publicznych na podstawie zawartych umów.
3. **Ponadto do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej należy:**
   1) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami;
   2) prowadzenie listy oczekujących na świadczenia ambulatoryjne realizowane w trybie planowym zgodnie z przepisami;
   3) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów NFZ;
   4) utrzymanie stanowisk pracy w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym;
   5) utrzymanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w Szpitalu;
   6) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania Zakładu,
   7) Stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w Zakładzie.
4. **W skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej wchodzą:**
   1) Pracownia Rentgenodiagnostyki(PR/RTG),
   2) Pracownia Ultrasonografii(PR/USG),
   3) Pracownia Tomografii Komputerowej(PR/TK),
   4) Pracownia Rezonansu Magnetycznego(PR/MRI).
5. **Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej** planuje, organizuje, i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zakładu Diagnostyki Obrazowej,– podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

6. **Kierownik/Koordynator Zespołu Techników Elektroradiologii** organizuje pracę techników medycznych i podlega funkcjonalnie Kierownikowi/Koordynatorowi Zakładu Diagnostyki Obrazowej oraz służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§46

Zakład Diagnostyki Endoskopowej (ZDE)

1. **Zakład Diagnostyki Endoskopowej(ZDE)** (dalej ZDE) jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. **Do zadań Zakładu Diagnostyki Endoskopowej należy w szczególności:**
   1) świadczenie badań z zakresu diagnostyki endoskopowej w ramach:
   2) wykonywania pacjentom badań gastroskopii ,
   3) wykonywania pacjentom badań kolonoskopii,
   4) wykonywanie badań z zakresu bronchoskopii
   5) wykonywanie badań diagnostycznych odbywa się na zlecenie:
   6) lekarzy lecznictwa stacjonarnego,
   7) lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego,
   8) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
   9) lekarzy innych podmiotów publicznych na podstawie zawartych umów.
3. **Ponadto do zadań Zakładu Diagnostyki Endoskopowej należy:**
   1) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami;
   2) prowadzenie listy oczekujących na świadczenia ambulatoryjne realizowane w trybie planowym zgodnie z przepisami;
   3) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów NFZ;
   4) utrzymanie stanowisk pracy w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym;
   5) utrzymanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w Szpitalu;
   6) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania ZDE,
   7) Stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w ZDE.
4. **W skład Zakładu Diagnostyki Endoskopowej wchodzą:**
   1) Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego(PR/ENDOS),
   2) Pracownia Bronchoskopwa(PR/BRON),
5. Do podstawowych zadań Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego należą w szczególności:
   1) wykonywanie badań oraz zabiegów endoskopowych u chorych z chorobami przewodu pokarmowego,
   2) analiza i interpretacja badań w celu ustalenia rozpoznania,
   3) świadczenie konsultacji gastroenterologicznych dla pacjentów,
   4) rejestracja i wydawanie wyników.
6. Do podstawowych zadań Pracowni Bronchoskopowej należą w szczególności:
   1) świadczenie badań z zakresu bronchoskopii zlecanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów,
7. **Kierownik Zakładu Diagnostyki Endoskopowej** planuje, organizuje, i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zakładu Diagnostyki Endoskopowej– podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§47

Przychodnia Specjalistyczna obejmująca poradnie, pracownie (AOS)

1. **Przychodnia Specjalistyczna** jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. Przychodnia Specjalistyczna obejmuje poradnie specjalistyczne wraz z gabinetami diagnostyczno-zabiegowymi przy poszczególnych poradniach, pracownie i działy udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.
3. Rejestracja pacjentów do poradni specjalistycznych odbywa w się w Rejestracji Szpitala, której pracą koordynuje wyznaczony pracownik Rejestracji Szpitala.
4. Świadczenia ambulatoryjne obejmują wykonanie badań diagnostycznych, badanie lekarskie, ustalenie diagnozy, leczenie, działania terapeutyczno-edukacyjne oraz wydawanie zaświadczeń o stanie zdrowia i orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
5. Zakres leczenia w danej poradni specjalistycznej obejmuje kompleksowe udzielenie świadczeń zdrowotnych związanych z konsultacją lub leczeniem schorzenia, które było podstawą wystawienia skierowania.
6. Skierowanie nie jest wymagane do specjalisty:
   1) ginekologa i położnika,
   2) psychiatry.
7. Ordynator / Koordynator / Kierownik danego Oddziału oraz Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wraz z Naczelną Pielęgniarką organizuje i planuje pracę lekarzy i pielęgniarek/położnych w zakresie udzielania przez nich świadczeń zdrowotnych w poszczególnych poradniach – jak poniżej:
   1) **Poradnia Chirurgii Ogólnej(P/CHIR)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Endokrynologicznej oraz Naczelna Pielęgniarka,
   2) **Poradnia Endokrynologiczna(P/ENDO)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Endokrynologicznej,
   3) **Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej(P/ORTO)** – Ordynator/ Kierownik Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Naczelna Pielęgniarka,
   4) **Poradnia Preluksacyjna(P/PRELU)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
   5) **Poradnia Kardiologiczna(P/KARD)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc oraz Naczelna Pielęgniarka,
   6) **Poradnia Chorób Płuc(P/PŁUC)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc oraz Naczelna Pielęgniarka,
   7) **Poradnia Diabetologiczna(P/DIABE)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc,
   8) **Poradnia Reumatologiczna(P/REUM)** - Ordynator/Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc,
   9) **Poradnia Gastroenterologiczna(P/GASTRO)** – Kierownik Zakładu Diagnostyki Endoskopowej,
   10) **Poradnia Położniczo – Ginekologiczna(P/GINE)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Położniczo – Ginekologicznego oraz Naczelna Pielęgniarka,
   11) **Poradnia Neurologiczna(P/NEUR)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,
   12) **Poradnia Logopedyczna(P/LOGO)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Neurologicznego

z Pododdziałem Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,

13) **Poradnia Rehabilitacyjna(P/REH)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,
14) **Poradnia Pediatryczna(P/PEDI)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Pediatrycznego oraz Naczelna Pielęgniarka,
15) **Poradnia Urologiczna(P/UROL)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Urologicznego oraz Naczelna Pielęgniarka,
16) **Poradnia Neonatologiczna(P/NEON)** – Ordynator/Kierownik Oddziału Neonatologicznego,
17) **Poradnia Nefrologiczna(P/NEFRO)** – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa,
18) **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych(P/ZPD)** – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelna Pielęgniarka,
19) **Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu(P/TUA)** - Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelna Pielęgniarka.

8. Do zadań Poradni Specjalistycznych (w tym gabinetów diagnostyczno-zabiegowych) należy w szczególności :
   1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni;
   2) przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych;
   3) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
   4) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
   5) wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne;
   6) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne.
9. Lekarz specjalista udzielający porady ma obowiązek:
   1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta;
   2) ustalenia diagnostyki, terapii i leczenia;
   3) podjęcia procesu leczenia;
   4) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej świadczeń specjalistycznych wg potrzeb pacjenta;
   5) wydania orzeczenia o aktualnym stanie zdrowia pacjenta;
   6) orzekania o czasowej niezdolności do pracy;
   7) wydania recept na leki i wyroby medyczne;
   8) wydania zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne;
   9) wydania zaleceń i istotnych informacji dotyczących stylu życia, odżywiania.

§48
Pracownie diagnostyczno-zabiegowe

1. **Pracownia EEG(PR/EEG)** jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Przychodni Specjalistycznej i zalicza się do działalności podstawowej Szpitala. Podlega ona bezpośrednio Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, który organizuje i planuje pracę personelu świadczącego usługi w ramach działalności ww. pracowni.
   1) Do podstawowych zadań Pracowni EEG należą w szczególności:
      a) świadczenie badań z zakresu elektroencefalografii (EEG) zlecanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów,
2. **Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej(PR/DKARD)** jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Szpital Specjalistyczny i zalicza się do działalności podstawowej Szpitala. Podlega ona bezpośrednio Ordynatorowi/Kierownikowi Oddziału

Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc, który organizuje i planuje pracę personelu świadczącego usługi w ramach działalności ww. pracowni. Nadzór nad personelem pielęgniarskim sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc.

1) Do podstawowych zadań Pracowni Diagnostyki Kardiologicznej należy w szczególności:
   a) świadczenie badań z zakresu diagnostyki kardiologicznej zlecanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala, a także na rzecz innych podmiotów działalności leczniczej, na podstawie odrębnych przepisów lub umów,

3. Każda pracownia diagnostyczno - zabiegowa funkcjonująca w strukturze organizacyjnej Szpitala priorytetowo wykonuje badania diagnostyczne pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu, a następnie pacjentom skierowanym w trybie ambulatoryjnym.
4. Ponadto do zadań pracowni należy:
   1) wykonywanie badań (zgodnie z kompetencjami i potrzebami);
   2) opisywanie wykonywanych badań;
   3) podejmowanie działań w celu wdrażania nowych technologii, zgodnie z przypisanym zakresem zadań;
   4) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala;
   5) zapewnienie pacjentom odpowiedniej opieki medycznej na czas wykonywania badania;
   6) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami;
   7) prowadzenie listy oczekujących na świadczenia ambulatoryjne realizowane w trybie planowym zgodnie z przepisami;
   8) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów NFZ;
   9) utrzymywanie stanowisk pracy w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym;
   10) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w pracowni;
   11) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania pracowni;
   12) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w poszczególnych Pracowniach.

§ 49
Dział Fizjoterapii (D/FIZ)

1. **Dział Fizjoterapii(D/FIZ)** jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Przychodni Specjalistycznej i należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. **Do zadań Działu Fizjoterapii należy w szczególności:**
   1) realizacja świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej:
      a) w warunkach ambulatoryjnych,
      b) dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach,
      c) w przypadkach uzasadnionych medycznie w warunkach domowych,
   2) realizacja świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach odbywa się poprzez:
      a) wykonywanie zleconych zabiegów rehabilitacyjnych,
      b) informowanie lekarza o skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych stosowanych u pacjenta,
      c) prowadzenie dokumentacji wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych,
      d) ścisłe współpracowanie z personelem Oddziałów,
   3) ponadto do zadań Działu Fizjoterapii należy:

a) zapewnienie stosownej opieki pacjentom przed, w trakcie i bezpośrednio po zabiegu,
b) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
c) utrzymywanie działu w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym,
d) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego,
e) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania działu,
f) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów NFZ,
g) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w komórce organizacyjnej.

3. Dział Fizjoterapii udziela świadczeń rehabilitacyjnych na zlecenie lekarza lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego Szpitala, lekarzy z innych podmiotów leczniczych lub na podstawie odrębnych umów.
4. **Kierownik Działu Fizjoterapii** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Fizjoterapii – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 50
Poradnia Medycyny Pracy (P/MP)

1. **Poradnia Medycyny Pracy(P/MP)** jest komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Przychodni Specjalistycznej i należy do działalności podstawowej Szpitala. Podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, z tym zastrzeżeniem, że personel pielęgniarski podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce.
2. **Do zadań Poradni Medycyny Pracy należy** ochrona zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli zdrowia pracujących.
3. Do zadań **Lekarza Medycyny Pracy** należy w szczególności:
   1) ograniczenie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności przez:
      a) współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
      b) współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawcy i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,
      c) udzielanie pracodawcy i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy,
   2) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez:
      a) wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie Pracy,
      b) orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
      c) ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujący w miejscu pracy,
      d) prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,
      e) prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywana pracą,

f) monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka,
g) wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywana pracą.

3) inicjowanie działań na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielanie pomocy w ich realizacji, a w szczególności:
   a) informowanie pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego,
   b) wdrażanie zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka,
   c) gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

4. Lekarz Medycyny Pracy współpracuje z Pielęgniarką Medycyny Pracy.
5. Do zadań **Pielęgniarki Medycyny Pracy** należy:
   1) ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności poprzez:
      a) współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
      b) współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,
      c) udzielanie pracodawcy i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy,
   2) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, a w szczególności:
      a) koordynowanie wykonywania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie Pracy i orzecznictwa lekarskiego do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
      b) ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujący w miejscu pracy,
      c) prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,
      d) prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywana pracą,
      e) monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnym,
      f) informowanie pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego,
      g) wdrażanie zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka,
      h) gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

§ 51
Punkt Sterylizacji (PS)

1. **Punkt Sterylizacji** (PS) jest komórka organizacyjną należącą do podstawowej działalności Szpitala.
2. Do zadań Punktu Sterylizacji należy:
   1) przyjmowanie materiału do sterylizacji we właściwych opakowaniach tj. w specjalnie

do tego celu przeznaczonych kontenerach, rękawach papierowo - foliowych, włókninie itp.;
2) ewidencjonowanie materiału przyjmowanego i wydawanego z centralnej sterylizatorni;
3) zgrzewanie pakietów sterylizacyjnych;
4) sterylizowanie materiałów i narzędzi wg obowiązujących procedur;
5) tworzenie i archiwizacja procesów sterylizacji.

3. **Kierownik Punktu Sterylizacji** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Punktu Sterylizacji – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 52
Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)

1. W strukturze Podstawowej Opieki Zdrowotnej funkcjonuje:
   1) **Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie (CMR w Lubartowie)** jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte i należy do działalności podstawowej Szpitala i obejmuje:
      a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
      b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
      c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
      d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
      e) Gabinet Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej(NiŚ),
   2) **Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej w Kocku (CMR w Kocku)** jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte i należy do działalności podstawowej Szpitala i obejmuje:
      a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ),
      b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
      c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
      d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz),
      e) Poradnia Ginekologiczna(P/GINE),
      f) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Ginekologicznej(G/PGINE)
   3) **Centrum Medycyny Rodzinnej w Ostrowie Lubelskim (CMR w Ostrowie Lubelskim)** jest jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte i należy do działalności podstawowej Szpitala i obejmuje:
      a) Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/LPOZ)
      b) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PiePOZ),
      c) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej(G/PołPOZ),
      d) Gabinet Medycyny Szkolnej(G/MSz).
2. **Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej**, (dalej Lekarz POZ) planuje i realizuje opiekę lekarską nad pacjentem w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych).
3. Lekarz POZ koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.
4. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:
   1) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej;
   2) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania;
   3) innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami pacjentów;
   4) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

5. W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjenta Lekarz POZ:
   1) prowadzi edukację zdrowotną;
   2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
   3) uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej;
   4) rozpoznaje środowisko pacjenta.
6. W zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób Lekarz POZ:
   1) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne pacjenta, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie;
   2) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych pacjenta oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych;
   3) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych;
   4) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych zgodnie z odrębnymi przepisami.
7. W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób Lekarz POZ:
   1) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta;
   2) informuje pacjenta o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia;
   3) przeprowadza badania podmiotowe pacjenta zgodnie z wiedzą medyczną;
   4) przeprowadza badania przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
   5) wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych;
   6) kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia w przypadku gdy uzna to za konieczne;
   7) kieruje pacjenta do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
   8) dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców;
   9) orzeka o stanie zdrowia pacjenta w oparciu o osobiste badania i dokumentację medyczną.
8. W zakresie działań mających na celu leczenie chorób Lekarz POZ:
   1) planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
   2) planuje i uzgadnia z pacjentem działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy;
   3) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne;
   4) wykonuje zabiegi i procedury medyczne;
   5) kieruje pacjenta do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców;
   6) kieruje do oddziałów lecznictwa stacjonarnego, a także do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz do oddziałów paliatywno-hospicyjnych;
   7) kieruje do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej;
   8) kieruje do leczenia uzdrowiskowego;
   9) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami;
   10) integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do pacjenta przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych.
9. W zakresie działań mających na celu usprawnienie pacjenta Lekarz POZ:

1) zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez pacjentów;
2) wykonuje stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych kwalifikacji i możliwości zabiegi i procedury rehabilitacyjne;
3) zleca wydanie pacjentowi przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z odrębnymi przepisami.

10. Świadczenia realizowane są w trybie ambulatoryjnym, a w przypadkach uzasadnionych medycznie w warunkach domowych.
11. Świadczenia zdrowotne w zakresie POZ udzielane są na podstawie deklaracji woli wyboru lekarza pierwszego kontaktu, złożonej przez pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
12. Warunkiem niezbędnym do złożenia deklaracji jest posiadanie przez pacjenta uprawnienia do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
13. **Kierownik Centrum Medycyny Rodzinnej** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Centrum Medycyny Rodzinnej – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
14. **Pielęgniarka Koordynująca Centrum Medycyny Rodzinnej** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za pracę podległego sobie personelu pielęgniarskiego i położniczego z tym zastrzeżeniem, że pielęgniarki medycyny szkolnej podlegają służbowo Naczelnej Pielęgniarce – podlega funkcjonalnie Kierownikowi Centrum Medycyny Rodzinnej, a służbowo Naczelnej Pielęgniarce.

§ 53
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (NiŚ)

1. W Szpitalu funkcjonuje **Gabinet Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej** (dalej NiŚ) jako komórka organizacyjna wchodząca w skład jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego – Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie. Należy ona do działalności podstawowej Szpitala.
2. Świadczenia gwarantowane NiŚ udzielane w warunkach ambulatoryjnych obejmują:
   1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub za pomocą systemów teleinformatycznych;
   2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
   3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w pkt 1.
3. **Do zadań NiŚ należy** realizacja świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na rzecz pacjentów w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie jest stanem nagłym, przez:
   1) lekarza w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub za pomocą systemów teleinformatycznych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
   2) pielęgniarkę, zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji lub udzielanych doraźnie w związku z poradą lekarską w warunkach: ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.
4. Świadczenia NiŚ, są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo

wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych.

5. W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego lub przekazania świadczeniobiorcy pod opiekę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć.
6. Udzielanie świadczeń NiŚ udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy nie skutkuje ograniczeniem dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.
7. Nadzór nad świadczeniem NiŚ podlega Kierownikowi Centrum Medycyny Rodzinnej w Lubartowie, który ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 54
Ratownicze Zespoły Wyjazdowe (RZW)

1. **Ratownicze Zespoły Wyjazdowe (RZW)** są jednostką organizacyjną zakładu leczniczego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie – lecznictwo otwarte które funkcjonują w ramach jednostek Systemu Ratownictwa Medycznego i udzielają świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia przez następujące zespoły ratownictwa medycznego:
   1) Zespół Podstawowy – P – Lubartów, miejsce stacjonowania – Łucka 71, 21-100 Lubartów;
   2) Zespół Specjalistyczny – S – Lubartów, miejsce stacjonowania – Łucka 71, 21-100 Lubartów;
   3) Zespół Specjalistyczny – S – Kock, miejsce stacjonowania – ul. 1 Maja 3 w Kocku;
   4) Zespół Podstawowy - P – Ostrów Lubelski, miejsce stacjonowania – ul. Partyzantów 12 w Ostrowie Lubelskim.
2. **Do zadań Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych należy w szczególności:**
   1) wstępna diagnostyka i leczenie ratunkowe pacjentów;
   2) pomoc ofiarom katastrof, zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego;
   3) nadzór merytoryczny i analiza funkcjonowania systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym;
   4) współdziałanie z innymi służbami ratowniczymi w ramach systemu zintegrowanego ratownictwa;
   5) szkolenie w zakresie medycyny ratunkowej;
   6) realizowanie zadań wynikających z przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
3. **Koordynator Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 55
Dział Świadczeń Medycznych (DŚM)

1. **Działem Świadczeń Medycznych** kieruje Kierownik, który organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Świadczeń Medycznych – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. W ramach Działu Świadczeń Medycznych wyodrębnia się:
   1) **Sekcję Kontraktowania, Realizacji i Rozliczeń Świadczeń Medycznych(SKRŚM),**
   2) **Sekcję Dokumentacji i Statystyki Medycznej(SDSM),**

3) **Sekcję Koderów Medycznych (SKM).**

3. Za realizację zadań Sekcji Kontraktowania, Realizacji i Rozliczeń Świadczeń Medycznych odpowiada Kierownik Działu Świadczeń Medycznych.
4. Za realizację zadań Sekcji Dokumentacji i Statystyki Medycznej odpowiada Zastępca Kierownika Działu Świadczeń Medycznych.
5. **Do zadań Działu Świadczeń Medycznych należy:**
   1) Prowadzenie całokształtu zagadnień związanych z zawieraniem i realizacją umów z NFZ, szczególnie w zakresie sprawozdawczości i rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w Szpitalu;
   2) Prowadzenie analiz statystyczno-finansowych z działalności Szpitala, niezbędnych w procesie kontraktowania oraz analizowania realizacji usług medycznych.
   3) Prowadzenie statystyki świadczeń realizowanych w Szpitalu oraz sprawozdawczość do Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Wojewódzkiego i innych podmiotów.
   4) Ewidencja i kontrola historii chorób przekazywanych z oddziałów.
6. **Do głównych zadań Kierownika Działu Świadczeń Medycznych** należy w szczególności:
   1) Nadzór, organizacja i prowadzenie całokształtu spraw związanych funkcjonowaniem Działu;
   2) Nadzór, organizacja i prowadzenie całokształtu spraw związanych ze sprzedażą usług medycznych i pokrewnych świadczonych w Szpitalu;
   3) Nadzór, koordynacja i prowadzenie całokształtu zagadnień związanych z zawieraniem i realizacją umów z NFZ, szczególnie w zakresie sprawozdawczości i rozliczeń wykonywanych w Szpitalu świadczeń opieki zdrowotnej;
   4) Bieżące monitorowanie wydawanych aktów prawnych związanych z realizacją umów oraz Zarządzeń Prezesa NFZ i komunikatów Narodowego Funduszu Zdrowia.
   5) Nadzór, organizacja i prowadzenie analiz statystyczno-finansowych z działalności Szpitala, niezbędnych w procesie kontraktowania usług medycznych.
7. **Do zadań Sekcji Kontraktowania, Realizacji i Rozliczeń Świadczeń Medycznych (SKRŚM) należy w szczególności:**
   1) przygotowywanie ofert na realizację świadczeń w ramach umów z NFZ w zakresie lecznictwa zamkniętego, lecznictwa otwartego i ratownictwa medycznego;
   2) przygotowywanie analiz do renegocjacji kontraktu z NFZ oraz warunków realizacji i finansowania świadczeń;
   3) opracowywanie materiałów do NFZ;
   4) prowadzenie korespondencji w zakresie zadań realizowanych przez Dział;
   5) monitorowanie poziomu wykonania umów z NFZ oraz przygotowywanie sprawozdań w zakresie działalności poszczególnych Oddziałów, Poradni i Pracowni;
   6) analiza proponowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmian w umowach o udzielanie świadczeń,
   7) prowadzenie sprawozdawczości oraz rozliczeń świadczeń medycznych wykonanych w Oddziałach i innych komórkach organizacyjnych działalności podstawowej szpitala do NFZ poprzez:
      a) sporządzanie raportów statystycznych, raportów zbiorczych, raportów fakturowych, raportów list oczekujących oraz raportów o pierwszym wolnym terminie,
      b) weryfikacja świadczeń odrzuconych przez NFZ oraz przekazywanie komórkom informacji i wskazówek w zakresie prawidłowego sposobu kodowania świadczeń,
      c) wprowadzanie do Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji NFZ wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń medycznych oraz prowadzenie korespondencji w sprawie,

d) monitorowanie, analiza oraz korekta świadczeń objętych weryfikacją wsteczną prowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
e) naliczanie w systemie udostępnionym przez NFZ świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Oddziałach, Poradniach i Pracowniach,
f) wystawianie faktur i korekt faktur dla NFZ oraz przygotowanie ewentualnych załączników,
g) opracowywanie wniosków dotyczących przebudowy umów,
h) koordynacja prac związanych z weryfikacją świadczeń rozliczanych z NFZ,
i) opracowywanie pism i materiałów kierowanych do NFZ,
j) koordynacja rozliczeń związanych z pakietem onkologicznym,
k) nadzór, prowadzenie i rozliczanie świadczeń zrealizowanych u pacjentek objętych Koordynowaną Opieką nad Kobietą w Ciąży,

8) nadzorowanie realizacji umów na świadczenia medyczne w ramach umów zawartych z NFZ poprzez:
a) systematyczne zapoznawanie Ordynatorów/Kierowników Oddziałów ze zmianami i wytycznymi NFZ, w tym prowadzenie szkoleń i instruktaży w zakresie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP),
b) przedkładanie Dyrektorowi wniosków o potrzebie zmian w organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania innych wytycznych celem dostosowania Szpitala do wymagań NFZ,
c) udzielanie Ordynatorom/Kierownikom Oddziałów oraz Sekretarkom Medycznym informacji o sposobach rozliczania świadczeń zdrowotnych w indywidualnych przypadkach,

9) tworzenie zgłoszeń zmian do umów w zakresie personelu, sprzętu, umów podwykonawstwa i zmian organizacyjnych na podstawie informacji przekazywanych przez inne komórki Szpitala;
10) rozliczanie liczby punktów wypracowanych przez lekarzy w poradniach specjalistycznych;
11) monitorowanie rozliczania pacjentów nieubezpieczonych, obywateli UE, spoza UE i innych wg odrębnych przepisów;
12) obsługa Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej SZOI) oraz innych udostępnionych przez NFZ narzędzi informatycznych wykorzystywanych w zakresie zadań Działu Świadczeń Medycznych;
13) opracowywanie i aktualizowanie cennika usług komercyjnych oraz nadzorowanie rozliczania usług komercyjnych;
14) opracowywanie cennika usług medycznych;
15) wystawianie faktur za usługi medyczne w systemie SZOI i przekazywanie do –Głównego Księgowego;
16) współpraca z innymi działami w celu bieżącego zgłaszania potencjału Szpitala na Portalu SZOI.
17) monitorowanie zmian w zakresie procedur, kodowania i rozliczania zgodnie z wytycznymi NFZ i Ministerstwa Zdrowia.

8. Do zadań Sekcji Dokumentacji i Statystyki Medycznej (SDSM) należy w szczególności:
1) prowadzenie sprawozdawczości i nadzoru nad statystyką medyczną w Szpitalu;
2) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną;
3) prowadzenie rejestru pacjentów wypisanych z Oddziałów;
4) kontrolowanie zawartości i kompletności historii chorób;
5) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala pod kątem prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej;

6) kontrolowanie kompletności dokumentacji medycznej przekazywanej do Składnicy Akt;
7) przygotowywanie sprawozdań w zakresie działalności poszczególnych Oddziałów i Poradni (obłożenie łóżek, średni czas pobytu chorego, liczba leczonych, itp.);
8) przekazywanie bieżącej dokumentacji medycznej, która po oddaniu z Oddziałów znajduje się w Dziale Świadczeń Medycznych (w okresie do pół roku) do pracowników Działu Organizacyjnego - Składnicy Akt, którzy są odpowiedzialni za udostępnianie dokumentacji medycznej osobom oraz organom i instytucjom do tego uprawnionym;
9) monitorowanie zmian w zakresie procedur, kodowania i rozliczania zgodnie z wytycznymi NFZ i Ministerstwa Zdrowia;
10) sporządzanie i przesyłanie wymaganych sprawozdań do Urzędu Wojewódzkiego, Ministerstwa Zdrowia i innych podmiotów w ramach działalności Działu Świadczeń Medycznych;
11) prowadzenie korespondencji w zakresie zadań realizowanych przez Dział;
12) obsługa systemu informacji o szpitalach;
13) prowadzenie rejestru zgłoszeń nowotworów oraz przesyłanie do Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej kart zgłoszeń nowotworów przekazywanych przez oddziały Szpitala.

9. **Do zadań Sekcji Koderów Medycznych (SKM) należy w szczególności:**
   1) wprowadzanie danych rozliczeniowych do systemu informatycznego,
   2) weryfikacja prawidłowości kodowania świadczeń medycznych(zgodnie z katalogiem świadczeń NFZ),
   3) poprawianie błędów wskazanych przez NFZ w zwrotnych raportach statystycznych.
   4) nadzorowanie możliwości optymalnego rozliczania hospitalizacji,
   5) bieżąca znajomość zmian zawartych w aktualnie obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących rozliczania świadczeń (w tym Zarządzenia Prezesa NFZ),
   6) współpraca z personelem medycznym w zakresie pozyskiwania informacji niezbędnych do rozliczenia świadczeń oraz uzgodnienia prawidłowego optymalnego rozliczenia,
   7) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie optymalizacji rozliczeń,
   8) ocena kompletności dokumentacji medycznej oraz jej odzwierciedlenia w systemie informatycznym szpitala,
   9) weryfikacja pobytów pacjentów pod kątem możliwości ich rozliczenia poprzez rozliczenie indywidualne

§ 56
ORGANIZACJA I ZADANIA POZOSTAŁYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGŁYCH DYREKTOROWI SZPITALA

1. Komórki organizacyjne inne niż należące do działalności podstawowej Szpitala nie zajmują się bezpośrednio udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. W komórkach organizacyjnych wyodrębnia się: działy, sekcje, samodzielne stanowiska.
3. Do wspólnych zadań pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala podległych bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala należy w szczególności:
   1) realizacja zadań Szpitala określonych w przepisach prawnych, w szczególności w Statucie, i niniejszym Regulaminie;
   2) realizowanie zadań Szpitala w sposób zapewniający funkcjonowanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej;
   3) inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań Szpitala;
   4) dbałość o należyty wizerunek Szpitala;
   5) działania na rzecz racjonalizacji zatrudnienia;
   6) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego;

7) przygotowywanie i przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych wśród pracowników Szpitala;
8) działania na rzecz skutecznego przekazu informacji przez kadrę kierowniczą podległym pracownikom;
9) opracowywanie wniosków do projektów planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala na dany rok kalendarzowy, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz innych programów przyjętych w Szpitalu;
10) działanie na rzecz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych na zadania realizowane przez daną komórkę organizacyjną;
11) opracowywanie sprawozdań z wykonywanych zadań, zleconych przez Dyrektora Szpitala oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
12) przygotowywanie opracowań statystycznych dla organów administracji publicznej;
13) przygotowywanie opracowań strategicznych dla Szpitala;
14) opracowywanie projektów wniosków do Rady Społecznej Szpitala oraz realizowanie uchwał w zakresie zadań danej komórki organizacyjnej;
15) przygotowywanie projektów zarządzeń wewnętrznych, regulaminów, instrukcji, pism okólnych dla poszczególnych komórek organizacyjnych;
16) opracowywanie projektów odpowiedzi na pisma właściwych organów administracji publicznej w zakresie zadań danej komórki organizacyjnej;
17) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w celu realizacji zadań wymagających uzgodnień między nimi;
18) prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności Szpitala w zakresie działania danej komórki organizacyjnej;
19) rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej;
20) udzielanie informacji publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym umieszczanie ich w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala;
21) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej;
22) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji;
23) wdrażanie i przestrzeganie zasad zarządzania jakością, w tym misji i celów strategicznych Szpitala;
24) realizacja i przestrzeganie zasad wdrożonego systemu zarządzania jakością;
25) wdrażanie i przestrzeganie przepisów Regulaminu Pracy i Regulaminu Wynagrodzeń oraz aktów prawa wewnętrznego;
26) wykonywanie innych czynności każdorazowo określonych osobnym zarządzeniem lub poleceniem służbowym Dyrektora Szpitala.

4. Szczegółowy sposób wykonania zadań, o których mowa powyżej określa Dyrektor w drodze zarządzeń i poleceń służbowych oraz procedur.

§ 57
Dział Kadr i Płac (DKP)

1. **Działem Kadr i Płac (DKP) kieruje Kierownik**, który organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Kadr i Płac– podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do podstawowych zadań Działu Kadr i Płac należy w szczególności:**
   1) **w zakresie spraw osobowych:**
      1) prowadzenie całokształtu spraw kadrowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie;

2) opracowywanie raportów i statystyk dotyczących personelu;
3) nadzór nad prawidłową realizacją przepisów kodeksu pracy oraz innych przepisów określających prawa i obowiązki pracowników;
4) kontrolowanie ewidencji czasu pracy pod kątem prawidłowego i zgodnego z przepisami rozliczania czasu pracy;
5) przygotowanie dokumentów związanych z przejściem pracowników na emeryturę lub rentę;
6) prowadzenie spraw związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych;
7) prowadzenie spraw związanych z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dalej PFRON) oraz obsługa programu PFRON;
8) korespondencja z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (dalej ZUS), Urzędem Skarbowym, Państwową Inspekcją Pracy i innymi podmiotami w sprawach z zakresu prawa pracy;
9) sporządzanie dokumentacji do instytucji i organów wynikającej z odrębnych przepisów;
10) koordynacja staży dla bezrobotnych, prac interwencyjnych itd., organizowanych wspólnie z Urzędem Pracy;
11) prowadzenie spraw i dokumentacji związanej ze stażami podyplomowymi lekarzy oraz ze szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy rezydentów;
12) prowadzenie spraw szkoleń pracowników wymaganych przez obowiązujące przepisy;
13) kontrola porządku i dyscypliny pracy oraz sposobu wykorzystywania zwolnień;
14) sporządzanie obowiązujących sprawozdań.

2) **w zakresie płac:**
   a. prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie, poprzez naliczanie wynagrodzeń pracowniczych oraz wynikających z umów cywilnoprawnych wraz z obowiązującymi kosztami ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz podatkiem dochodowym i innymi;
   b. dokonywanie obowiązkowych potrąceń z wynagrodzeń;
   c. sporządzanie list wypłat zasiłków chorobowych, opiekuńczych i innych wynikających z systemu ubezpieczeń społecznych;
   d. prowadzenie ewidencji wynagrodzeń pracowników Szpitala;
   e. gromadzenie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej wynagrodzeń, zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz potrąceń;
   f. wydawanie zaświadczeń o wynagrodzeniu oraz przesyłanie właściwym instytucjom informacji o wysokości zarobków;
   g. terminowe rozliczenia z ZUS;
   h. terminowe rozliczenia z PFRON oraz obsługa programu PFRON;
   i. ustalanie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy oraz terminowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego, wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia oraz dochodach pracowników;
   j. przygotowywanie dokumentów do kalkulacji kosztów związanych z umowami lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów oraz innych wymaganych przepisami;
   k. opracowywanie sprawozdań dotyczących wynagrodzeń,

3) **w zakresie spraw socjalno-bytowych:**
   a) współudział przy podziale i administrowaniu funduszem socjalnym;
   b) przygotowywanie do wypłaty przyznanych pracownikom świadczeń,

4) **w zakresie współpracy z Głównym Księgowym** do zadań Działu Kadr i Płac należy przekazywanie:
   a) rozliczeń przyznanych środków przez Ministerstwo Zdrowia na sfinansowanie szkoleń

specjalizacyjnych skierowanych do Szpitala lekarzy rezydentów;

b) rozliczeń środków przyznanych przez Urząd Marszałkowski na prowadzenie staży podyplomowych lekarzy stażystów i pielęgniarek.

§58

Dział Techniczno-Inwestycyjny (DTI)

1. **Działem Techniczno – Inwestycyjny (DTI) kieruje Kierownik**, który organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Techniczno-Inwestycyjnego – podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **W skład Działu Techniczno – Inwestycyjnego wchodzą:**
   1) Stanowisko konserwatora urządzeń technicznych,
   2) Zespół elektryków,
   3) Zespół operatorów niepalnych gazów medycznych,
   4) Zespół hydraulików,
   5) Zespół robotników budowlanych,
   6) Zespół dozorców,
   7) Magazyn,
   8) Stanowisko kierowcy zaopatrzeniowca,
   9) **Sekcja Aparatury Medycznej (SAM).**
3. **Do zadań <u>Działu Techniczno – Inwestycyjnego w ramach zespołu dozorców</u> należy w szczególności:**
   1) dbanie o czystość wokół budynku Szpitala (opróżnianie śmietników, grabienie, koszenie traw, podcinanie gałęzi i żywopłotów),
   2) w okresie zimowym odśnieżanie i usuwanie oblodzeń z chodników, schodów i pochylni,
   3) dbałość o należyty stan sprzętu i narzędzi przeznaczonych do utrzymania porządku i czystości,
   4) zamykanie na noc drzwi (bram) wejściowych do budynku Szpitala i otwieranie ich rano,
   5) wywieszanie i zdejmowanie flag w dni świąteczne i uroczystości państwowe,
   6) wywożenie odpadów medycznych do miejsca odbioru przez firmę specjalistyczną zewnętrzną,
   7) zwożenie bielizny do prania z Oddziałów do punktu odbioru,
   8) utrzymywanie w rygorze sanitarnym pomieszczenia odpadów medycznych,
   9) wywożenie odpadów komunalnych do miejsca odbioru przez firmę zewnętrzną,
   10) pomoc przy rozładunkach towarów do kuchni i magazynu gospodarczego,
4. **Do zadań <u>Działu Techniczno – Inwestycyjnego w ramach zespołu elektryków</u> należy w szczególności:**
   1) nadzór, zapewnienie ciągłości pracy i prowadzenie ruchu urządzeń elektroenergetycznych zapewniających bezpośrednie zasilanie w energię elektryczną Szpitala,
   2) wykonywanie czynności łączeniowych w pomieszczeniach ruchu elektrycznego,
   3) sprawdzanie stanu technicznego, dokonywanie napraw, przeglądów okresowych urządzeń elektroenergetycznych oraz pomieszczeń w których odbywa się eksploatacja tych urządzeń,
   4) prowadzenie kontroli pracy układów automatyki, zabezpieczeń sieci i instalacji elektrycznych,
   5) wykonywanie prób i badań, pomiarów elektrycznych, wielkości charakteryzujących bezpieczeństwo obsługi urządzeń i niezawodności pracy urządzeń elektrycznych, sprawności wydajności itp.,
   6) prowadzenie wpisów do książek eksploatacji urządzeń elektroenergetycznych,

7) wykonywanie napraw, drobnych usterek, zlecanie remontów uszkodzonych instalacji i urządzeń na oddziałach Szpitala,
8) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

5. **Do zadań <u>Działu Techniczno – Inwestycyjnego w ramach zespołu</u> operatorów niepalnych gazów medycznych dalej NGM należy w szczególności:**
   1) nadzór nad instalacją gazów medycznych,
   2) zapewnienie ciągłości pracy instalacji NGM oraz maszyn i urządzeń z nią współpracujących, nadzór nad sieciami oraz źródłami zasilania CO2; N2O; Tlenu: Próżni i Powietrza,
   3) sprawdzanie stanu technicznego, dokonywanie napraw, przeglądów okresowych instalacji i urządzeń sieci NGM pod kątem właściwej eksploatacji oraz pomieszczeń w których odbywa się eksploatacja tych urządzeń,
   4) prowadzenie wpisów do książek eksploatacji urządzeń NGM,
   5) przestrzeganie przepisów zawartych w wytycznych eksploatacji źródeł zasilania oraz instalacji niepalnych gazów medycznych,
   6) przestrzeganie przepisów BHP i przeciwpożarowych ogólnych z uwzględnieniem szczegółowego postępowania z instalacjami NGM,
   7) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala
   8) opisywanie faktur, realizacja umów, sprawozdania, sporządzanie umów, rozliczenia dotyczące:
      a) gazu ziemnego – Lubartów, Kock (kotłownie),
      b) tlenu ciekłego,
      c) tlenu w butlach w karetkach i oddziałach,
      d) podtlenku azotu,
      e) tlenu + podtlenku azotu,
      f) azotu ciekłego,
      g) dwutlenku węgla medycznego,
      h) acetylenu,
      b) **w zakresie dozoru technicznego** – współpraca z Urzędem Dozoru Technicznego i jednostkami serwisującymi w zakresie przeglądów, rewizji, dopuszczenia do pracy, rozliczenia, opisywania faktur dotyczących:
         1) ciśnieniowych zbiorników sprężonego powietrza,
         2) ciśnieniowych zbiorników próżni,
         3) ciśnieniowych zbiorników tlenu,
         4) w zakresie zespołu robotników budowlanych:
         5) w zakresie zespołu hydraulików:

6. **Do zadań <u>Działu Techniczno – Inwestycyjnego w ramach zespołu</u> robotników budowlanych należy w szczególności:**
   1) Naprawa, renowacja i konserwacja stolarki drzwiowej, okiennej oraz mebli na oddziałach Szpitala,
   2) Wykonawstwo elementów stolarskich,
   3) Wykonywanie wszelkich prac ślusarskich zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i instrukcjami,
   4) Naprawianie wózków oraz łóżek dla pacjentów,
   5) Nadzór nad eksploatacją instalacji i urządzeń technicznych w obiektach Szpitala,
   6) Utrzymanie ruchu ciągłego w zakresie pracy urządzeń, sieci i instalacji technicznych,
   7) Konserwacja i wykonywanie drobnych napraw urządzeń technicznych,
   8) Realizowanie wykonania planów przeglądów i remontów,
   9) Przedstawianie wniosków technicznych, organizacyjnych dla usprawnienia pracy

specjalistycznych urządzeń,

10) Wykonywanie wszelkich prac murarsko - malarskich,
11) Wykonywanie robót malarskich pomieszczeń, stolarki drzwiowej, stolarki okiennej, meblowej, sprzętu oraz robót konserwacyjnych i renowacyjnych,
12) Montaż, osadzanie okien i drzwi,
13) Wykonywanie robót budowlanych w pomieszczeniach Szpitala oraz robót konserwacyjnych i renowacyjnych,
14) Układanie i klejenie płytek ściennych i podłogowych,

7. **Do zadań Działu Techniczno – Inwestycyjnego w ramach zespołu hydraulików należy w szczególności:**
   1) Nadzór nad eksploatacją sieci i urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych i sieci centralnego ogrzewania w obiektach Szpitala.
   2) Utrzymanie ruchu ciągłego w zakresie pracy urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych i sieci centralnego ogrzewania.
   3) Konserwacja urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych i sieci centralnego ogrzewania.
   4) Okresowe przeglądy tych urządzeń i sieci.
   5) Drobne naprawy uszkodzeń i awarii tych urządzeń i sieci.
   6) Wymiana uszkodzonych oraz montaż nowych części, podzespołów lub całych urządzeń w instalacji wodnej, kanalizacyjnej i sieci c.o.
   7) Realizowanie wykonania planów przeglądów i remontów.
   8) Działanie w kierunku niezawodności pracy powierzonych urządzeń i instalacji.
   9) Przedstawianie wniosków technicznych, organizacyjnych dla usprawnienia pracy urządzeń
8. **Do zadań Magazynu należy w szczególności:**
   1) przyjmowanie materiałów, ich przechowywanie i wydawanie poprzez ewidencję ilościową (kartoteki ilościowe) każdego rodzaju i gatunku materiału oraz nadzór nad prawidłowym dokumentowaniem przychodów i rozchodów;
   2) segregowanie i rozmieszczanie w magazynie materiałów oraz ich zabezpieczenie, a w szczególności:
      a) składowanie materiałów o pokrewnym rodzaju i przeznaczeniu,
      b) składowanie materiałów częstego zapotrzebowania w pobliżu miejsca wydawania,
      c) utrzymywanie magazynów w należytym stanie sanitarno-porządkowym oraz nadzór nad zabezpieczeniem pomieszczeń przed kradzieżą i pożarem,
      d) udział w inwentaryzacji Magazynu,
   3) wydawanie towaru z magazynu:
      a) przygotowywanie towaru do wydania na podstawie zgłoszeń z komórek i jednostek organizacyjnych,
      b) przekazanie kopii dokumentu wydania osobie pobierającej towar,
      c) przekazanie do –Głównego Księgowego oryginału dokumentu wydania towaru z magazynu, kopia przechowywana pozostaje w Magazynie,
   4) sporządzanie miesięcznych raportów dla Głównego Księgowego:
      a) aktualnych stanów magazynowych dla towarów występujących w danym miesiącu w magazynie medycznym, gospodarczym i biurowym,
      b) miesięcznego wydania materiałów do komórek organizacyjnych,
      c) miesięcznego zestawienia przyjęć magazynowych,
      d) rocznego wydania poszczególnych towarów do komórek i jednostek organizacyjnych niezbędnego do opracowania planu zakupów.
   5) tworzenie kartotek dla nowych towarów.
9. **Do zadań Kierowcy – Zaopatrzeniowca należy:**
   a) wykonywanie zadań kierowcy i zaopatrzeniowca, zgodnie ze złożonymi zleceniami

zakupu i transportu,

b) realizowanie składanych przez komórki organizacyjne zamówień w ramach planu zaopatrzenia na sprzęt, wyposażenie, druki i inne towary niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
c) dbanie o powierzony samochód i utrzymywanie go w stałej gotowości technicznej i eksploatacyjnej,
d) przeprowadzanie codziennej obsługi przed rozpoczęciem pracy polegającej na sprawdzeniu stanu pojazdu,
e) utrzymanie samochodu w nienagannej czystości wewnątrz i zewnątrz,
f) posiadanie i właściwe zabezpieczenie niezbędnych dokumentów obowiązujących przy poruszaniu się pojazdem po drogach publicznych,
g) czytelne prowadzenie kart drogowych, zgodnie z obowiązującym wzorem,
h) dążenie do racjonalnej oszczędności materiałów pędnych i ogumienia,
i) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala i przełożonych.

10. **Do zadań <u>Sekcji Aparatury Medycznej</u> (SAM) należy w szczególności:**
1) współpraca w zakresie przygotowywania specyfikacji przetargowych dotyczących urządzeń medycznych – serwisowanie i naprawy, testy specjalistyczne;
2) opracowanie i przekazanie do zatwierdzenia Dyrekcji SP ZOZ w Lubartowie harmonogramu przeglądów aparatury medycznej na dany rok kalendarzowy oraz prowadzenie elektronicznego harmonogramu przeglądów urządzeń medycznych;
3) współpraca z podmiotami serwisującymi w zakresie obsługi eksploatacyjnej, obsługi technicznej - w tym wykonywania przeglądów i napraw zgodnie z umowami serwisowania urządzeń medycznych;
4) współpraca z podmiotami serwisującymi w zakresie obsługi eksploatacyjnej, obsługi technicznej – w tym wykonywania przeglądów i napraw zgodnie z umowami serwisowania sterylizatorów parowych
5) zlecanie napraw i przeglądów aparatury medycznej w oparciu o zlecenie naprawy/przeglądu;
6) zlecanie przeglądów technicznych urządzeń medycznych zgodnie wcześniej opracowanym harmonogramem przeglądów w oparciu o zalecenia producentów;
7) współpraca w zakresie napraw/przeglądów z komórkami organizacyjnymi Szpitala;
8) kontrola na bieżąco posiadania świadectw dopuszczenia do ruchu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w komórkach organizacyjnych Szpitala;
9) dokonywanie przeglądów za pomocą szpitalnej aparatury kontrolno-pomiarowej;
10) elektroniczne prowadzenie rejestru napraw/przeglądów urządzeń medycznych zgłaszanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala;
11) przedstawianie do akceptacji Dyrektora opisanych kosztorysów napraw/przeglądów;
12) przedstawianie do akceptacji Głównego Księgowego opisanych kosztorysów napraw/przeglądów o wartości większej niż 10 000,00 zł;
13) branie udziału w opracowywaniu i aktualizowaniu procedur Systemu Zarządzania Jakością związanych z nadzorem i utrzymaniem w ruchu aparatury medycznej i sprzętu medycznego;
14) aktualizacja zasobów sprzętu medycznego w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) i współpraca w tym względzie z Działem Świadczeń Medycznych;
15) opisywanie faktur za zgodność ze zleceniem, wraz z numerem zapotrzebowania, nazwą komórki lub jednostki organizacyjnej, rodzajem zastosowanej procedury oraz zaakceptowanie pod względem merytorycznym.

§ 59

Dział Żywienia (DŻ)

1. **Działem Żywienia (DŻ) kieruje Kierownik**, który organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Żywienia – podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Kierownik Działu Żywienia jest odpowiedzialny za żywienie pacjentów i za właściwe funkcjonowanie całości Działu Żywienia.
3. W ramach Działu Żywienia wyodrębnia się:
   1) **Sekcję Kuchni Szpitalnej (SKS),**
   2) **Sekcję Dietetyków Szpitalnych (SDS)**
4. **Do szczegółowego zakresu czynności Kierownika Działu Żywienia należy w szczególności:**
   1) kontrola realizacji usługi żywienia pacjentów Szpitala;
   2) kontrola jakości produktów żywnościowych dostarczonych do Szpitala;
   3) nadzorowanie stanu sanitarnego pomieszczeń i urządzeń Działu Żywienia;
   4) nadzorowanie pracy podległego personelu.
5. **Do zadań Sekcji Kuchni Szpitalnej (SKS) należy w szczególności:**
   1) produkcja posiłków na rzecz pacjentów hospitalizowanych oraz produkcja wyrobów garmażeryjnych i posiłków przeznaczonych do sprzedaży w barku;
   2) dystrybucja i transport posiłków do barku;
   3) prowadzenie sprzedaży posiłków, wyrobów garmażeryjnych i towarów handlowych w barku;
   4) prowadzenie sprzedaży posiłków do innych placówek;
   5) organizowanie procesu żywienia w Szpitalu dla potrzeb pacjentów z poszczególnych Oddziałów oraz personelu korzystającego bufetu barku;
   6) organizowanie zaopatrzenia w artykuły spożywcze;
   7) prowadzenie magazynu artykułów żywnościowych;
   8) przygotowywanie potraw wchodzących w skład poszczególnych diet, zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia;
   9) nadzorowanie działań związanych z funkcjonowaniem barku;
   10) bieżąca analiza kosztów żywienia;
   11) opracowywanie planów, sprawozdań oraz innych zestawień dotyczących pracy Działu Żywienia;
   12) współpraca w celu realizacji zapotrzebowania na produkty żywnościowe w trybie ustawy o zamówieniach publicznych.
6. **Do zadań Sekcji Dietetyków Szpitalnych (SDS) należy w szczególności:**
   1) w zakresie planowania:
      a) planowanie dziennego zapotrzebowania na wyżywienie z uwzględnieniem diet i innych potrzeb pacjentów w tym zakresie, we współpracy z Pielęgniarkami / Położnymi Oddziałowymi / koordynującymi,
      b) planowanie jadłospisów z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno - leczniczych w oparciu o obowiązującą klasyfikację diet
      c) opracowanie planów żywienia w oparciu o zasady dietetyki, indywidualne zalecenia lekarskie, normy ilościowe i finansowanie w skali dekadowej,
      d) planowanie szkoleń dla personelu,
   2) w zakresie organizacji:
      a) współpracowanie z Oddziałami,
      b) współpracowanie z Szefem Kuchni,
   3) w zakresie kontroli:
      a) kontrolowanie gotowych potraw w kuchni przed wydaniem ich na oddział, pod

względem jakościowym i ilościowym,
b) dopilnowanie dokładności sporządzania zamówień, zgodnie z liczbą chorych i rodzajem diet,
c) sporządzanie miesięcznych raportów, na podstawie danych nadesłanych z oddziałów,
d) kontrolowanie wydawania, porcjowania, temperatury i czasu wydawania potraw chorym na oddziale i kontakt z chorymi w celu zbierania ich uwag dotyczących żywienia (ankietyzacja),
e) kontrolowanie transportu gotowych produktów,
f) nadzór jakości surowców i produktów żywnościowych oraz warunków, w których są przechowywane,
g) nadzorowanie kolejnych etapów produkcji żywności z naciskiem na jakość zastosowanych surowców
h) praca nad jadłospisami wchodzącymi w skład różnych rodzajów diet,
i) wdrażanie nowych potraw oraz instruktaż personelu w sposobie ich wykonywania.
j) monitorowanie i nadzór nad prawidłowym pobieraniem i przechowywaniem próbek żywności

§ 60
Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej (DEiHSz)

1. **Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej (DEiHSz)** jest komórką organizacyjną działalności podstawowej Szpitala.
2. Na czele Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej stoi Kierownik, który planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej - podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
3. W skład Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej wchodzi:
   1) **Sekcja Higieny Szpitalnej (SHS)**:
      a) zespół salowych i sanitariuszy,
      b) zespół sprzątaczek,
   2) **Sekcja Epidemiologiczna (SE):**
      a) Pielęgniarka Epidemiologiczna.
4. **Do zadań Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej należy w szczególności:**
   1) współdziałanie w wypracowaniu strategii działań Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
   2) rejestrowanie, monitorowanie zakażeń szpitalnych w Szpitalu;
   3) opracowywanie, wdrażanie standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
   4) organizowanie i planowanie pracy własnej w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń szpitalnych;
   5) organizowanie szkoleń personelu w zakresie zasad i wytycznych dotyczących zwalczania zakażeń szpitalnych;
   6) współpraca z członkami Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie realizacji programu profilaktyki i kontroli zakażeń;
   7) współpraca z inspektorem BHP, służbami medycyny pracy, instytucjami zewnętrznymi (kontrolującymi, naukowymi i opiniotwórczymi) w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń;
   8) kierowanie działaniami w obszarze profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
   9) koordynowanie realizacji programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych;
   10) nadzorowanie stanu sanitarno-higienicznego Oddziałów i komórek organizacyjnych Szpitala;
   11) uczestniczenie w kontrolach Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej,

Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej;

12) nadzorowanie wdrażania standardów, procedur, instrukcji z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych i higieny szpitalnej;
13) dokumentowanie prowadzonych działań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.

5. **Do zadań Sekcji Higieny Szpitalnej należy w szczególności:**
   1) **w ramach zespołu salowych i sanitariuszy**, którzy funkcjonalnie podlegają Pielęgniarce/Położnej Oddziałowej, Pielęgniarce/Położnej Koordynującej, a służbowo Kierownikowi Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej:
      a) utrzymanie czystości fizycznej i mikrobiologicznej powierzchni pomieszczeń wraz z wyposażeniem w sprzęt w obszarze medycznym (Oddziały i Izba Przyjęć),
      b) sprzątanie pomieszczeń w oparciu o opracowane i wdrożone procedury wewnętrzne, w tym dotyczące poszczególnych komórek organizacyjnych,
      c) prowadzenie magazynu brudnej i czystej bielizny szpitalnej zgodnie z procedurą,
      d) wykonywanie czynności pomocniczych w zakresie pielęgnacji pacjenta,
      e) świadczenie transportów wewnątrzszpitalnych oraz innych wynikających z bieżących potrzeb Oddziału lub komórki organizacyjnej należącej do działalności podstawowej, w zależności od możliwości kadrowych,
      f) transport wewnętrzny pacjentów, odpadów medycznych, odpadów komunalnych, posiłków, materiałów do badań diagnostycznych,
      g) kompleksowe organizowanie procesu sprzątania na poziomie zapobiegającym szerzeniu się zakażeń wewnątrzszpitalnych,
      h) wykonywanie usług transportu wewnętrznego w zakresie bielizny i odpadów,
   2) **w ramach zespołu sprzątaczek,** które służbowo podlegają Kierownikowi Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej:
      a) utrzymanie czystości fizycznej i mikrobiologicznej powierzchni pomieszczeń wraz z wyposażeniem w sprzęt w obszarze medycznym (poradnie i pracownie diagnostyczno-zabiegowe, POZ), w obszarze administracyjno-technicznym Szpitala (pomieszczenia administracyjne, hole, windy, klatki schodowe i inne ciągi komunikacyjne), szatnie dla personelu oraz inne podporządkowane pomieszczenia,
      b) sprzątanie pomieszczeń w oparciu o procedury wewnętrzne, w tym dotyczące poszczególnych komórek organizacyjnych,
      c) transport wewnętrzny odpadów komunalnych,
   3) przyjmowanie i wydawanie bielizny na Oddziały i komórki organizacyjne należące do działalności podstawowej Szpitala;
   4) kontrola jakościowa i ilościowa prania;
   5) prowadzenie analizy bielizny dla potrzeb pacjenta, celem wymiany bielizny zniszczonej na nową;
   6) wydawanie i przyjmowanie wózków siedzących i leżących pacjentom Szpitala;
   7) obsługa szatni szpitalnej;
6. **Do zadań Sekcji Epidemiologicznej (SE) należy w szczególności:**
   1) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych (w tym opracowywanie programów w zakresie profilaktyki i zakażeń w Szpitalu);
   2) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala;
   3) nadzorowanie pracy personelu we wszystkich działach i pomieszczeniach szpitalnych pod kątem przestrzegania wymogów epidemiologicznych;
   4) koordynowanie wypracowania standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy personelu, szczególnie:

a) metod i technik pracy personelu,
b) systemu transportu wewnętrznego,
c) sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów,
d) procesów dezynfekcji i sterylizacji,
e) procesów dezynsekcji i deratyzacji,

5) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu;
6) analizowanie źródeł zakażeń;
7) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych, a szczególnie związanej z rejestracją pacjentów i personelu z zakażeniem szpitalnym;
8) uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym;
9) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych;
10) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej;
11) zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych;
12) współpracowanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu – współpracowanie z lekarzem medycyny pracy, Inspektorem ds. BHP;
13) organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych;
14) opracowywanie i realizowanie programów edukacyjnych;
15) promowanie zdrowia.

§ 61
Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych

1. **Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych** należy do działalności podstawowej Szpitala i jest powoływany Zarządzeniem Dyrektora.
2. **Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy w szczególności:**
   1) zatwierdzanie rocznego planu kontroli zakażeń szpitalnych;
   2) opracowywanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
   3) opracowywanie i bieżąca aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu,
   4) Prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Szpitala i Przewodniczącemu Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
   5) Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
   6) Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną

§ 62
Dział Organizacyjny (DO)

1. **Działem Organizacyjnym (DO) kieruje Kierownik**, który organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Organizacyjnego – podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. W ramach Działu Organizacyjnego funkcjonują stanowiska ds. organizacji oraz Składnica Akt i Punkt Informacyjny w Szpitalu.
3. **Do zadań Działu Organizacyjnego należy w szczególności:**
   1) współpraca z Dyrektorem oraz jego Zastępcą w zakresie organizacji Szpitala;
   2) opracowywanie struktury organizacyjnej i Regulaminu Organizacyjnego oraz innych

wewnętrznych aktów prawnych wymaganych do funkcjonowania Szpitala oraz ich aktualizacja;

3) prowadzenie i uaktualnianie dokumentacji związanej z rejestracją i funkcjonowaniem Szpitala (statut, krajowy rejestr sądowy, księga rejestrowa w rejestrze podmiotów działalności leczniczej);
4) wdrażanie regulaminów wewnętrznych oraz przedkładanie Dyrektorowi Szpitala propozycji i wniosków co do potrzeby ich aktualizacji i dokonywania niezbędnych zmian;
5) prowadzenie zbioru i rejestru obowiązujących wewnętrznych aktów prawnych: zarządzeń, poleceń służbowych, pełnomocnictw/upoważnień i innych;
6) przygotowywanie we współpracy z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi projektów poleceń służbowych, upoważnień, pełnomocnictw, zarządzeń, regulaminów, instrukcji, komunikatów oraz innych dokumentów stanowiących wewnętrzne akty prawne;
7) prowadzenie Centralnego Rejestru Umów (dalej CRU) w ramach którego:
   a) wszystkie umowy z CRU w oryginale przechowywane są w Dziale Organizacyjnym,
   b) wszystkie umowy z CRU są skanowane i przesyłane do odpowiednich komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za ich monitorowanie, nadzorowanie i realizację,
   c) tworzone są zestawienia na poszczególne usługi w ramach bieżących umów i przesyłane do odpowiednich komórek organizacyjnych,
8) organizowanie posiedzeń i obsługa kancelaryjna Rady Społecznej, w tym prowadzenie dokumentacji dotyczącej prac Rady Społecznej;
9) przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji oraz zawieranie umów cywilno-prawnych, umów o dzieło, umów wolontariatu, umów na praktyki;
10) prowadzenie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych Szpitala w ramach obowiązujących przepisów;
11) prowadzenie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez podmioty zewnętrzne na rzecz pacjentów Szpitala w ramach obowiązujących przepisów;
12) potwierdzanie pod względem merytorycznym prawidłowości rachunków i faktur składanych przez osoby lub podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie podpisanych umów;
13) prowadzenie rejestru i kart wykonania umów, podlegających merytorycznie Działowi Organizacyjnemu;
14) prowadzenie akt osobowych osób zatrudnionych w ramach umów cywilno – prawnych;
15) prowadzenie rejestru kontroli zewnętrznych;
16) prowadzenie rejestru komisji i zespołów własnych;
17) gospodarka pieczęciami, w tym weryfikacja zamówień na pieczęcie urzędowe i pieczątki, prowadzenie rejestru;
18) prowadzenie rejestru wykonywanych sekcji zwłok wraz z wnioskami;
19) prowadzenie rejestru skarg i wniosków z innych podmiotów niż Pacjenci i sporządzanie sprawozdań rocznych na podstawie tego rejestru,
20) opracowywanie i wykonywanie wszelkich czynności, w tym prowadzenie rozmów z potencjalnymi klientami w celu zawierania umów w sprawie świadczeń zdrowotnych (konkursy, przetargi, zapytania ofertowe), dla których Szpital jest Usługodawcą oraz innymi podmiotami zainteresowanymi współpracą ze Szpitalem w zakresie komercyjnego udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital;
21) w odniesieniu do pkt 20) przygotowywanie ofert i wykonywanie wszelkich czynności związanych z przygotowaniem wymaganej dokumentacji;
22) prowadzenie rejestru faktur i rachunków składanych w ramach umów zawieranych na podstawie ustawy o działalności leczniczej (umowy cywilno-prawne);

23) prowadzenie rejestru faktur i rachunków składanych w ramach zawartych umów cywilno-prawnych na inne świadczenia usług niż zdrowotne;
24) prowadzenie rejestru faktur zakupowych zgodnie z obowiązującym obiegiem dokumentów i przekazywanie komórkom merytorycznym w celu potwierdzenia merytorycznego faktury;
25) prowadzenie repertorium spraw sądowych;
26) rozliczania usług pocztowych i kurierskich na podstawie zestawień przygotowywanych przez Sekretariat Dyrekcji;
27) wykonywanie tabliczek informacyjnych, identyfikatorów w ramach zleconych zamówień z jednostek i komórek organizacyjnych. Zamówienia przesyłane są do Działu Organizacyjnego pocztą elektroniczną lub przekazywane na piśmie;
28) wykonywanie zestawień obciążeń finansowych za kserokopię dokumentacji medycznej;
29) udostępnianie danych dotyczących realizacji umów zawartych w wyniku konkursów i zapytań ofertowych w ramach ustawy o działalności leczniczej oraz pozostałych umów cywilno-prawnych do sprawozdań sporządzanych przez Dział Kadr i Płac;
30) procedowanie konkursów zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
31) koordynowanie zawartych umów na podwykonastwo działalności profilaktycznej, która prowadzona jest w jednostkach lub/i komórkach organizacyjnych w SPZOZ w Lubartowie.

4. **<u>Do zadań w zakresie Punktu Informacyjnego należy w szczególności:</u>**
   1) Udzielanie informacji pacjentom i członkom ich rodzin, w szczególności w zakresie:
      a) topografii szpitala oraz lokalizacji poszczególnych komórek,
      b) działalności szpitala tj. jakie usługi są świadczone na terenie, jakie oddziały szpitalne, poradnie, oraz diagnostyka są do dyspozycji pacjentów,
      c) rodzaju świadczeń, które udzielane są bezpłatnie w ramach kontraktu NFZ,
      d) zasad udzielania i uzyskania kopii dokumentacji medycznej pacjenta,
      e) zasad obowiązujących przy przyjęciu do oddziału szpitalnego,
      f) zasad obowiązujących i trybu korzystania z poradni specjalistycznych,
      g) ogólnych zasad korzystania ze świadczeń finansowych ze środków publicznych,
      h) praw pacjenta,
      i) zasad składania skarg i zażaleń,
   2) Udzielanie informacji telefonicznej.
   3) Tworzenie zestawień przekazywanej pacjentom dokumentacji medycznej.
   4) Kserowanie dokumentacji medycznej pacjenta za odpłatnością.
   5) Bezpośrednie wydawanie na podstawie wniosku o wydanie dokumentacji medycznej kopii dokumentacji medycznej znajdującej się w systemie elektronicznym w SPZOZ w Lubartowie wraz z potwierdzeniem zgodności z wersją elektroniczną.
   6) Odpowiadanie na zapytania zadane drogą elektroniczną.

5. **<u>Do zadań w zakresie Składnicy Akt należy w szczególności:</u>**
   1) prowadzenie archiwum dokumentacji medycznej pacjentów;
   2) przyjmowanie dokumentacji z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala;
   3) prowadzenie ewidencji przyjętej do zabezpieczenia i przechowywania dokumentacji;
   4) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom, organom i instytucjom do tego upoważnionym, sporządzanie pism w tym zakresie;
   5) wykonywanie oraz wysyłka kserokopii dokumentacji medycznej składanej na wniosek pacjenta;
   6) prowadzenie rejestru udostępnień dokumentacji medycznej;
   7) dbałość o udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób określony przez

obowiązujące przepisy prawa;
8) aktualizacja wniosków i druków niezbędnych do uzyskania dokumentacji medycznej;
9) udostępnianie dokumentów upoważnionym osobom (np. Kierownikom komórek organizacyjnych należących do działalności podstawowej, Kierownikom/Koordynatorom komórek organizacyjnych szpitala) oraz prowadzenie ewidencji udostępnień;
10) inicjowanie niszczenia dokumentacji niearchiwalnej po uzyskaniu stosownych pozwoleń z Archiwum Państwowego oraz udział w komisyjnym niszczeniu dokumentacji, na którą otrzymano pozwolenie;
11) przekazywanie dokumentacji przeznaczonej na brakowanie do firm zajmujących się brakowaniem dokumentacji;
12) nadzorowanie niezwłocznego zwrotu oryginału wypożyczonej dokumentacji.

§63
Sekretariat Dyrekcji (SD)

1. Pracownik Sekretariatu Dyrekcji podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Sekretariatu Dyrekcji (SD) należy prowadzenie sekretariatu na podstawie instrukcji kancelaryjnej, a w szczególności:**
   1) prowadzenie dziennika pism przychodzących;
   2) prowadzenie dziennika pism wychodzących;
   3) przekazywanie zadekretowanych pism do poszczególnych komórek organizacyjnych i sprawowanie nadzoru nad terminowością ich realizacji;
   4) prowadzenie rejestru listów zwykłych i poleconych oraz paczek z podziałem na poszczególne komórki organizacyjne i wysyłka za pośrednictwem elektronicznej książki nadawczej;
   5) przygotowywanie miesięcznych zestawień w ramach prowadzonych rejestrów listów zwykłych i poleconych z podziałem na koszt w poszczególnych komórkach organizacyjnych i przekazywanie do Działu Organizacyjnego.
   6) segregacja poczty przychodzącej imiennej do poszczególnych komórek organizacyjnych;
   7) prowadzenie dziennika pism wewnętrznych i zewnętrznych dyrekcji;
   8) korespondowanie za pomocą służbowej poczty elektronicznej z pracownikami Szpitala;
   9) prowadzenie korespondencji dyrekcji i rejestru tej korespondencji;
   10) prowadzenie kalendarza dyrekcji, umawianie spotkań, przekazywanie informacji pracownikom oraz interesantom;
   11) przygotowywanie zaproszeń, kart okolicznościowych, podziękowań i dyplomów;
   12) wykonywanie wszystkich innych poleceń przełożonego w ramach bieżących potrzeb Szpitala.

§64
Samodzielne stanowisko ds. Inwentaryzacji Majątku Szpitala (SIMS)

1. **Samodzielne Stanowisko ds. Inwentaryzacji Majątku Szpitala (SIMS)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala i do jego zadań należy w szczególności:
   1) prowadzenie ewidencji składników majątkowych w układzie rodzajowym wg miejsc użytkowania, ewidencji osób materialnie odpowiedzialnych oraz przeprowadzanie inwentaryzacji składników majątkowych, a w szczególności:
      a) sporządzanie i realizacja rocznych planów inwentaryzacji majątku Szpitala,
      b) udział w organizacji zespołów inwentaryzacyjnych we współpracy z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych,
      c) przeprowadzanie spisów z natury w komórkach organizacyjnych Szpitala

w ustalonych terminach oraz w dowolnym okresie i terminie, jeżeli zachodzą szczególne okoliczności

d) prowadzenie pozabilansowej ewidencji składników majątkowych w szczególności wyposażenia,
e) prowadzenie spraw związanych z przekazywaniem lub otrzymywaniem środków trwałych,
f) organizowanie znakowania, kasacji - likwidacji środków trwałych,
g) ocena stanu inwentaryzowanego majątku pod względem użyteczności i funkcjonalności,
h) inwentaryzacja w drodze weryfikacji,
i) rozliczanie inwentaryzacji rzeczowego majątku trwałego i wyposażenia,
j) sporządzanie pisemnych informacji z przebiegu przeprowadzonej inwentaryzacji w poszczególnych jednostkach,
k) udział w wyjaśnieniu różnic inwentaryzacyjnych wspólnie z komórkami których różnice dotyczą,
l) opiniowanie potrzeb zakupów dotyczących wyposażenia Szpitala, przedkładanie Dyrektorowi sprawozdań z przeprowadzanych inwentaryzacji.

§65
Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością (SZJ)

1. **Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością (SZJ)** odpowiada za System Zarządzania Jakością (dalej SZJ) w Szpitalu poprzez nadzór jakości usług będących przedmiotem działalności Szpitala oraz pozostałych komórek organizacyjnych.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
3. **Do obowiązków Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością należy w szczególności:**
   1) udział w opracowywaniu strategii jakości, przyjętej przez Dyrektora, optymalnej dla Szpitala;
   2) nadzór nad wprowadzeniem tej strategii we wszystkich obszarach działalności Szpitala;
   3) wprowadzanie i rozpowszechnianie skutecznych metod, technik oraz środków pomocniczych dla poprawy jakości;
   4) udział w pracach dyrekcji przy planowaniu koniecznych reorganizacji;
   5) organizację programu szkoleniowego z zakresu jakości;
   6) doradztwo w zakresie rozwiązywania problemów związanych z jakością i bezpieczeństwem pacjentów i personelu ;
   7) szkolenie nowo przyjętych pracowników w zakresie wdrożonego systemu zarządzania jakością;
   8) dopracowywanie i poprawa systemu do zmieniających się celów, struktur organizacyjnych i stanu wymagań prawnych, wprowadzanie metod zarządzania, zapewniających określone i dostosowane środki dla rozpoznania występujących niezgodności;
   9) konsultowanie wszystkich projektów wewnętrznych aktów prawnych pod kątem zgodności z przyjętymi zasadami SZJ;
   10) inicjowanie właściwego szkolenia w zakresie jakości i bezpieczeństwa pacjentów;
   11) ulepszanie podstawowych metod, procedur i sposobów utrzymania jakości i bezpieczeństwa pacjentów;
   12) planowanie, organizowanie oraz przeprowadzanie audytów wewnętrznych i nadzór nad sporządzoną dokumentacją z tych audytów
   13) kontrola przestrzegania procedur SZJ przez wszystkich pracowników szpitala;

14) przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania SZJ na naradach z kadrą kierowniczą i przeglądach SZJ;
15) prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z SZJ;
16) udział lub reprezentacja szpitala w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi jeśli dotyczą one spraw związanych z SZJ;
17) opracowywanie projektów zarządzeń i innych aktów prawnych tematycznie związanych z zadaniami komórki organizacyjnej.
18) Współpraca i nadzorowanie realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością i wdrażanie Standardów Akredytacyjnych dla Szpitali.
19) Współuczestniczenie w opracowywaniu standardów i procedur dotyczących poprawy bezpieczeństwa pracowników i pacjentów oraz jakości świadczonych usług przez Szpital.
20) Nadzór nad dokumentacją Systemu Zarządzania Jakością – Księga Jakości, procedur
21) Inspirowanie działań Zespołu ds. Jakości U oraz współpraca z funkcjonującymi w Szpitalu innymi Komitetami i Zespołami.

4. W Szpitalu powołany jest Zarządzeniem Dyrektora **Zespół ds. Jakości** i do jego zadań należy w szczególności:
   1) Nadzór nad zespołami roboczymi funkcjonującymi w Szpitalu, w kontekście przeprowadzania przez zespoły robocze analiz wymaganych przez Zestaw Standardów Akredytacyjnych.
   2) przeprowadzanie analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych oraz pełnienie nadzoru nad zespołami roboczymi funkcjonującymi w Szpitalu;
   3) udzielanie kierownictwu szpitala rad i informacji w sprawach zapewnienia jakości, oraz promowanie idei jakości wśród wszystkich pracowników;
   4) inicjowanie i systematyczne wyszukiwanie „słabych punktów" z punktu widzenia jakości (np. na podstawie rutynowej statystyki, meldunków współpracowników, itp.) oraz powodowanie ich usunięcia;
   5) koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości;
   6) koordynowanie prac grup problemowych w zakresie: ustalania standardów, wymagań jakościowych na stanowiskach pracy, określenia priorytetów przy rozwiązywaniu problemów;
   7) monitorowanie wskaźników jakościowych, realizacji standardów i procedur, wyszukiwanie odchyleń od norm jakościowych;
   8) inicjowanie badań ankietowych dla zbadania stopnia satysfakcji pacjentów i pracowników;
   9) formułowanie wniosków, dotyczących promocji jakości na podstawie przeprowadzonych badań i ocen;
   10) analizowanie sprawozdań, po uprzednim przekazaniu ich kopii przez poszczególnych kierowników/pracowników na samodzielnych stanowiskach, o stanie wszystkich obiektów i urządzeń Szpitala (np. budynków, aparatury rentgenowskiej itp.) oraz warunków higienicznych, a następnie inicjowanie podejmowania niezbędnych działań;
   11) inicjowanie podejmowania specjalnych przedsięwzięć w sprawach zapewnienia jakości w poszczególnych Oddziałach (od np. analizy problemowej, ustawiania wewnętrznych standardów do kompleksowej oceny rozwiązań);
   12) opracowanie i wdrażanie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości dla wszystkich grup zawodowych;
   13) organizowanie szkoleń i motywowanie pracowników w celu wspierania idei zapewniania jakości;
   14) monitorowanie jakości za pomocą kryteriów i standardów oraz gromadzenie odpowiednich informacji;
   15) określenie priorytetów przy rozwiązywaniu problemów opieki nad pacjentem, zwłaszcza

wówczas, gdy zakres odpowiedzialności wykracza poza jedną grupę zawodową, jeden Oddział czy komórkę organizacyjną;

16) wkraczanie w przypadkach potrzeby rozwiązań problemów, wymagających pilnego podjęcia środków dla zapewnienia jakości;
17) opracowuje i aktualizuje raz w roku program działań dla poprawy jakości.

5. Zespół ds. Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 66

Inspektor Ochrony Danych (IOD)

1. **Inspektor Ochrony Danych (IOD)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy w szczególności:**
   1) nadzorowanie przestrzegania zasad zabezpieczenia technicznego i organizacyjnego zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych;
   2) udział w czynnościach kontrolnych dokonywanych przez uprawnione w zakresie ochrony danych osobowych organy państwowe;
   3) podejmowanie działań w przypadku naruszeń ochrony danych osobowych, w tym przywrócenie stanu prawidłowego, zidentyfikowanie przyczyn naruszenia i osób odpowiedzialnych, przedstawienie wniosków Dyrektorowi;
   4) inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć w zakresie doskonalenia bezpieczeństwa ochrony danych osobowych;
   5) prowadzenie wymaganej prawem dokumentacji;
   6) informowanie o obowiązkach dotyczących stosowania przepisów o ochronie danych oraz doradzanie w tej sprawie;
   7) prowadzenie szkoleń z zakresu ochrony danych;
   8) współpraca z Urzędem Ochrony Danych w zakresie związanym z przetwarzaniem danych;
   9) prowadzenie wykazu osób posiadających dostęp do przetwarzania danych;
   10) sprawdzanie zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych z aktami wewnętrznymi oraz opracowania w tym zakresie sprawozdań dla Dyrektora.

§ 67

Radca Prawny (obsługa prawna) (RP)

1. **Radca prawny (obsługa prawna)(RP)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Radcy Prawnego (obsługi prawnej) należy w szczególności:**
   1) opiniowanie aktów normatywnych wydanych przez Dyrektora Szpitala;
   2) wydawanie opinii indywidualnych w skomplikowanych pod względem prawnym sprawach;
   3) sporządzanie projektów umów zawieranych przez Szpital;
   4) opiniowanie pod względem formalno-prawnym umów tworzonych przez komórki organizacyjne Szpitala;
   5) opiniowanie umów zawieranych przez Szpital, a nadesłanych przez inne jednostki;
   6) zawiadamianie organu powołanego do ścigania przestępstw o stwierdzeniu przestępstwa ściganego z urzędu;
   7) opiniowanie spraw związanych z rozwiązaniem z pracownikiem w stosunku pracy bez wypowiedzenia;
   8) opiniowanie spraw związanych z umorzeniem wierzytelności;
   9) opiniowanie spraw związanych z zawarciem umowy w sprawach majątkowych;
   10) bieżące konsultacje prawne z Kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala;
   11) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.

§ 68

Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta(PDPP)

1. **Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta (PDPP)** należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
3. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta jest powołany w celu reprezentowania i ochrony praw pacjentów Szpitala. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta uprawniony jest w szczególności do:
   1) Podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do przeprowadzania postępowania wyjaśniającego w sprawach skarg i wniosków pacjentów, których dobro zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem/zaniechaniem w realizacji świadczeń udzielanych przez SPZOZ w Lubartowie,
   2) Wglądu do dokumentacji medycznej.
4. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta zobowiązany jest do:
   1) monitorowania przestrzegania praw pacjenta przez pracowników Szpitala,
   2) podejmowania działań interwencyjnych w sytuacjach naruszenia praw pacjenta,
   3) współpracy z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarskiej,
   4) współpracy z organizacjami rządowymi i pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjenta,
   5) współpracy z organizacjami skupiającymi pacjentów w zakresie praw pacjentów,
   6) współpracy z Zespołem ds. Etyki w Szpitalu;
   7) nadzorowania przestrzegania (poszanowania) praw pacjenta przez komórki organizacyjne,
   8) analizy skarg i wniosków kierowanych przez pacjenta do Dyrekcji Szpitala,
   9) współdziałania z komórkami organizacyjnymi Szpitala, szczególnie w zakresie realizacji praw pacjenta,
   10) wnioskowania do Dyrektora Szpitala o przeprowadzenie kontroli w związku z rażącym naruszeniem praw pacjenta,
   11) wspierania, pomocy i doradzania pacjentom w dochodzeniu ich praw (sprawy związane z przyjęciem do Szpitala, leczeniem, pobytem i wypisaniem ze Szpitala);
   12) podejmowania działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi, którą wniósł Pacjent,
   13) pomocy i współpracy z opiekunem/rodziną Pacjenta: osobami, które działają w interesie Pacjenta;
   14) przedkładania Dyrektorowi Szpitala wniosków i propozycji rozwiązań dotyczących przestrzegania Praw Pacjenta,
   15) współdziałania w organizowaniu szkoleń i narad dotyczących przestrzegania praw pacjenta,
   16) prowadzenia rejestru złożonych lub nadesłanych pism do Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta,
   17) prowadzenia rejestru skarg i wniosków,
   18) utrzymywania bieżącego kontaktu z pacjentami leczącymi się w Szpitalu,
   19) prowadzenie rejestru zdarzeń medycznych,
   20) przygotowywanie dokumentów w ramach występujących zdarzeń medycznych,
   21) współpraca z brokerem ubezpieczeniowym w zakresie obsługi zdarzeń medycznych.
5. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta przyjmuje zgłoszenia w sprawach skarg i wniosków zgodnie z harmonogramem przyjęć i numerem kontaktowym oraz emailem podanym na stronie internetowej Szpitala.

§ 69

Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (BHP)

1. **Samodzielne Stanowisko Pracy Inspektora ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (BHP)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Inspektora ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy należy w szczególności:**
   1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
   2) bieżące informowanie Dyrektora Szpitala o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
   3) sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi, co najmniej raz w roku, okresowej analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
   4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju Szpitala 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 Szpitala albo jego części;
   6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części;
   7) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bhp;
   8) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bhp na poszczególnych stanowiskach pracy;
   9) 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 tych wniosków;
   10) 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;
   11) doradztwo w zakresie stosowania przepisów i zasad bhp;
   12) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
   13) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe;
   14) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bhp;
   15) współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów;
   16) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
   17) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz zakładowymi organizacjami związkowymi;
   18) uczestniczenie w pracach powołanej przez Dyrektora Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz innych komisji – zgodnie z decyzją Dyrektora.

§ 70

Kapelan Szpitalny (KSz)

1. **Kapelan Szpitalny (KSz)** należy do działalności podstawowej i podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do obowiązków Kapelana Szpitalnego należy w szczególności:**
   1) zapewnienie pacjentom przebywającym w Szpitalu możliwości zaspokojenia potrzeb religijnych;
   2) sprawowanie posługi religijnej w kaplicy szpitalnej i – na prośbę pacjenta lub osoby uprawnionej - w salach chorych;
   3) odprawianie nabożeństw;
   4) udzielanie Komunii Św. pacjentom w salach chorych;
   5) pociecha duchowa dla ludzi opuszczonych i samotnych;
   6) pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebu osób samotnych.
3. Czynności Kapelana Szpitalnego nie mogą naruszać wolności sumienia i wyznania pacjentów lub personelu oraz zakłócać pracy Oddziału.

§ 71

Inspektor ds. Obronnych i Rezerw (IOC)

1. **Inspektor ds. Obronnych i Rezerw (IOC)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Inspektora ds. Obronnych i Rezerw należy w szczególności:**
   1) prowadzenie spraw dotyczących zabezpieczenia kadrowego i materiałowego na wypadek wojny lub klęski żywiołowej, a w szczególności:
      a) organizacja systemu ochrony ludności i Szpitala, w tym zabezpieczenia kadrowego, energetycznego i bazy łóżkowej oraz w innym niezbędnym zakresie na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowej,
      b) zorganizowanie i obsługa systemu powiadamiania kryzysowego,
      c) obsługa, przechowywanie, rotacja i konserwacja produktów i materiałów rezerw medycznych oraz utrzymanie sprzętu OC.

§ 72

Inspektor ds. Przeciwpożarowych (PPOŻ)

1. **Inspektor ds. przeciwpożarowych (PPOŻ)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Inspektora ds. przeciwpożarowych należy w szczególności:**
   1) prowadzenie dokumentacji przeciwpożarowej w Szpitalu;
   2) przeprowadzanie kontroli i doradzanie Dyrektorowi w obszarze przestrzegania przeciwpożarowych wymagań technologicznych, technicznych, instalacyjnych i budowlanych;
   3) sprawowanie nadzoru i udział w zakresie doboru i rozmieszczenia gaśnic oraz urządzeń przeciwpożarowych w tym nadzorowanie terminów i napraw urządzeń przeciwpożarowych w taki sposób, by gwarantowały sprawne funkcjonowanie;
   4) oznakowanie obiektów Szpitala znakami ochrony przeciwpożarowej oraz ewakuacji;
   5) opracowanie i aktualizacja Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego dla obiektów Szpitala;
   6) opracowanie i aktualizacja Instrukcji Ewakuacji dla obiektów Szpitala;
   7) prowadzenie dokumentacji prac niebezpiecznych pod względem pożarowym, wykonywanych na terenie obiektów Szpitala;
   8) prowadzenie szkoleń przeciwpożarowych dla wszystkich pracowników, w szczególności dla osób odpowiedzialnych za ewakuację;
   9) przeprowadzenie praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji poprzez prowadzanie okresowych, próbnych ewakuacji osób przebywających w obiektach Szpitala

w porozumieniu z Komendą Państwowej Straży Pożarnej, wynikających z przepisów pożarowych;
10) współpraca z Państwową Strażą Pożarną;
11) pomoc w realizacji nakazów pokontrolnych.

§ 73

Pracownik ds. Socjalnych Pacjentów (PSP)

1. **Pracownik ds. Socjalnych Pacjentów (PSP)** należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. Pracownik ds. Socjalnych Pacjentów podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. **Do zadań Pracownika ds. Socjalnych Pacjentów należy w szczególności:**
   1) rozwiązywanie problemów socjalno-bytowych Pacjenta, mających znaczący wpływ na poprawę stanu jego zdrowia, a tym samym skracających okres jego hospitalizacji;
   2) przeprowadzanie rozmów z Pacjentem w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych, oraz sytuacji po opuszczeniu Szpitala;
   3) przeprowadzanie rozmów z rodziną Pacjenta w celu rozpoznania sytuacji socjalno-bytowej Pacjenta po zakończeniu hospitalizacji;
   4) zbieranie informacji na temat funkcjonowania Pacjenta i jego rodziny w środowisku od służb socjalnych (ośrodki pomocy społecznej);
   5) utrzymanie stałego kontaktu z rodziną Pacjenta podczas jego hospitalizacji;
   6) realizacja wniosków do Sądu Rejonowego, Wydziału Rodzinnego i Nieletnich w przypadku pacjentów nieubezwłasnowolnionych i nie posiadających prawnego opiekuna, będących w stanie uniemożliwiającym wyrażenie świadomej zgody na leczenie (w szczególności inwazyjne);
   7) prowadzenie korespondencji w sprawie objęcia ubezpieczeniem Pacjenta na podstawie decyzji Burmistrza/Wójta;
   8) pozostawanie w stałym kontakcie z lekarzami, pielęgniarkami, sekretarkami medycznymi;
   9) udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domów pomocy społecznej, środowiskowych domów samopomocy;
   10) wyszukiwanie zakładów opiekuńczo - leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najszybszy dostęp do świadczeń;
   11) kompletowanie dokumentów dotyczących umieszczenia Pacjenta w domach pomocy społecznej, zakładach leczniczo-opiekuńczych, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych;
   12) pomoc w występowaniu do powiatowych zespołów ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności z wnioskiem o ustalenie stopnia niepełnosprawności;
   13) pomoc w występowaniu do ośrodków pomocy społecznej o przyznanie zasiłków stałych, okresowych i celowych oraz usług opiekuńczych;
   14) informowanie o możliwości pozyskania świadczeń pieniężnych z innych instytucji;
   15) udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, ośrodkach Monaru itp.);
   16) podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z Policją, ośrodki pomocy społecznej, szpitale, pogotowie ratunkowe, straż miejska, ośrodki pomocy społecznej);
   17) nawiązywanie kontaktu z instytucjami użyteczności publicznej, organizacjami pozarządowymi, samorządowymi, NFZ w sprawach socjalnych, zawodowych i rodzinnych Pacjentów;
   18) informowanie o innych możliwościach pozyskania ubezpieczenia zdrowotnego;

19) informowanie o możliwościach uzyskania przez Pacjenta dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych.

§ 74

Samodzielne Stanowisko Pracy Informatyka (SI)

1. **Samodzielne Stanowisko Pracy Informatyka (SI)** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. **Do zadań Samodzielnego Stanowiska Pracy Informatyka należy w szczególności:**
   1) administracja wewnętrzną siecią informatyczną;
   2) administracja serwerami plików i baz danych;
   3) administracja szpitalnym systemem informatycznym;
   4) dokonywanie ekspertyzy uszkodzeń w sprzęcie komputerowym;
   5) wsparcie informatyczne pracowników;
   6) bieżąca obsługa techniczna sprzętu informatycznego;
   7) współuczestnictwo w opracowaniu i wdrażaniu polityki bezpieczeństwa informacji utrzymywanej w systemach informatycznych;
   8) realizację wymagań polityki bezpieczeństwa w zakresie zarządzania i administracji usługami i systemami informatycznymi;
   9) obsługa Systemu Numerowania Recept Lekarskich;
   10) obsługa techniczna strony internetowej szpitala;
   11) obsługa techniczna BIP;
   12) bieżący nadzór nad awariami systemów informatycznych w Szpitalu.

§ 75

Inspektor Ochrony Radiologicznej (IOR)

1. **Inspektor Ochrony Radiologicznej (IOR)** należy do działalności podstawowej Szpitala.
2. Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
3. **Obowiązkiem Inspektora Ochrony Radiologicznej** jest nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę ochrony zdrowia warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością. Do obowiązków tych należy w szczególności:
   1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według procedur wewnętrznych i instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób przebywających w jednostce organizacyjnej w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
   2) tworzenie lub udział w tworzeniu procedur wewnętrznych i instrukcji pracy dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
   3) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
   4) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy, programu pomiarów dawek indywidualnych oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie tych programów i ewidencji do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej;
   5) nadzór nad realizacją programów, o których mowa w pkt 4;
   6) prowadzenie wykazu źródeł promieniowania jonizującego;
   7) prowadzenie okresowych ocen stanu systemów bezpieczeństwa i ostrzegania;
   8) informowanie i szkolenie pracowników w zakresie ochrony radiologicznej;

9) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki organizacyjnej;
10) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
11) współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy albo osobami wykonującymi zadania tej służby, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
12) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień, w szczególności w odniesieniu do:
    a) optymalizacji i ograniczników dawki (limitów użytkowych dawki),
    b) obiektów, instalacji oraz stosowania źródeł promieniowania jonizującego i ich wymiany,
    c) wyznaczania terenów kontrolowanych i nadzorowanych,
    d) klasyfikacji pracowników,
    e) pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów dawek indywidualnych,
    f) wyposażenia w przyrządy dozymetryczne,
    g) programów zapewniania jakości,
    h) monitoringu środowiska,
    i) zapobiegania zdarzeniom radiacyjnym i wypadkom,
    j) przygotowania na wypadek zdarzenia radiacyjnego oraz reagowania w przypadku wystąpienia takiego zdarzenia,
    k) szkoleń pracowników oraz dopuszczenia ich do pracy w warunkach narażenia;
13) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, w przypadku naruszenia warunków zezwolenia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 29.11.2000 r. Prawo Atomowe, lub wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz niezwłoczne informowanie o tym organu, który wydał zezwolenie;
14) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, w przypadku gdy na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne;
15) udział w działaniach podejmowanych w zakresie zapobiegania zdarzeniom radiacyjnym, przygotowania do takich zdarzeń i reagowania na nie;
    a) nadzór nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w przypadku przekształcenia jednostki organizacyjnej albo zakończenia przez nią działalności oraz niezwłoczne informowanie organu, który wydał zezwolenie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 29.11.2000 r. Prawo Atomowe, o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie.

4. **Do zakresu uprawnień Inspektora** Ochrony Radiologicznej oraz inspektora ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących działalność, o której mowa w art. 7 ust. 5 ww. ustawy, należy:
    1) występowanie do Dyrektora Szpitala z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w przypadku gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych uzasadniają taki wniosek;

2) wydawanie Dyrektorowi Szpitala opinii, w ramach badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz sprawności i właściwego użytkowania przyrządów pomiarowych;
3) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz występowanie z wynikającymi z tego sprawdzenia wnioskami do kierownika jednostki organizacyjnej;
4) występowanie do Dyrektora Szpitala z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy, w przypadku gdy wnioskowane zmiany nie zwiększają ograniczników dawki (limitów użytkowych dawki) określonych w zezwoleniu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 29.11.2000 Prawo Atomowe.

§ 76

System Kontroli Zarządczej i Zarządzania Ryzykiem

1. **Kontrola zarządcza** to ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy - opracowany w celu zagwarantowania racjonalnej realizacji celów w następujących obszarach:
   1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
   2) skuteczności i efektywności działania;
   3) wiarygodności sprawozdań;
   4) ochrony zasobów;
   5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;
   6) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
   7) zarządzania ryzykiem.
2. Kontrola wewnętrzna w Szpitalu sprawowana jest w formie:
   1) Samokontroli;
   2) kontroli funkcjonalnej;
   3) kontroli Instytucjonalnej.
3. Sposób organizacji i zasad przeprowadzania kontroli zarządczej w Szpitalu określa Regulamin Kontroli Zarządczej.

§ 77

Szczegółowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników znajdują się w aktach osobowych.

ROZDZIAŁ IV
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 78

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
3. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń

zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. W warunkach szpitalnych całodobowe świadczenia zdrowotne udzielane są w trybie planowym i nagłym.
6. Świadczenia zdrowotne w Podstawowej Opiece Zdrowotnej udzielane są w dniu zgłoszenia.
7. Świadczenia zdrowotne w Poradniach Specjalistycznych udzielane są w wyznaczonym dniu po wcześniejszym ustaleniu terminu.
8. Świadczenia zdrowotne przez Ratownicze Zespoły Wyjazdowe realizowane są przez zespoły ratownictwa medycznego, niezwłoczne po wydaniu przez dyspozytora dyspozycji wyjazdu.
9. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby uprawnione do wykonywania zawodu medycznego i przez wolontariuszy posiadających kwalifikacje określone w odrębnych przepisach.
10. Świadczenia zdrowotne udzielane są w pomieszczeniach odpowiadających pod względem fachowym i sanitarnym wymogom określonym przepisami prawa.
11. Świadczenia zdrowotne udzielane są przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego właściwych dla rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych i wprowadzonych do użytkowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 79

1. Świadczenia zdrowotne, niezależnie od ich rodzaju, udzielane są po wyrażeniu zgody przez Pacjenta, w tym pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych Pacjentowi małoletniemu, który nie ukończył 16 lat odbywa się po wyrażeniu zgody przez przedstawiciela ustawowego. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, wyłącznie w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
3. W przypadku braku możliwości uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego na leczenie Pacjenta małoletniego, zgodę taką wydaje Sąd Rodzinno – Opiekuńczy.
4. W przypadku wyrażenia przez pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, w celu udzielenia świadczenia zdrowotnego wymagane jest zezwolenie Sądu Rodzinno – Opiekuńczego.
5. Lekarz może – bez zgody przedstawiciela ustawowego lub Sądu Rodzinno – Opiekuńczego – wykonywać czynności lecznicze w odniesieniu do pacjenta małoletniego, jeżeli zwłoka spowodowałaby groźbę niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

§ 80

1. Aby skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych należy przedstawić dowód ubezpieczenia, którym jest każdy dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń zdrowotnych jest elektroniczna informacja z systemu Elektronicznej Weryfikacji Ubezpieczeń Świadczeniobiorców (EWUŚ) lub, w uzasadnionych przypadkach, może nim być również:
   1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
      a) druk ZUS RMUA,
      b) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
      c) legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczątką,
   2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

3) dla osoby ubezpieczonej w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (dalej KRUS) - legitymacja KRUS wraz z dowodem wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie społeczne;
4) dla emerytów i rencistów - legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek emerytury lub renty;
5) dla osoby bezrobotnej:
   a) aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy,
   b) legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczątką,
6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki;
7) dla członka rodziny osoby ubezpieczonej:
   a) druk ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA (druki dotyczący zgłoszenia danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego) z aktualną pieczątką pracodawcy,
   b) legitymacja rodzinna,
   c) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
   d) legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualnym odcinkiem emerytury lub renty,
8) dla osób uprawnionych z innego państwa członkowskiego, przebywających czasowo na terytorium Polski:
   a) EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
   b) certyfikat zastępczy,
   c) poświadczenie wydane przez NFZ,

3. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony powyżej, świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z ust. 2 i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, połogiem i porodem, a także osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.
5. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych osobom, co do których stosuje się art. 12 i 12a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikających z następujących ustaw:
   1) o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
   2) o przeciwdziałaniu narkomanii,
   3) o ochronie zdrowia psychicznego,
   4) o cudzoziemcach,
   5) o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych,
   6) o Państwowym Ratownictwie Medycznym ,
   7) o Karcie Polaka,
   8) o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób,
   9) ustawy z dnia 7 lutego 2014 r. o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
   10) ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji,
   11) ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem

zbrojnym na terytorium tego państwa ,

12) Kodeksu karnego wykonawczego art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1.

6. Brak dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie i prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w przypadku stanu nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
7. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

§ 81

1. W celu zabezpieczenia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń Szpital prowadzi listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W Szpitalu wdrożona jest procedura obejmująca zasady i tryb zapisywania pacjentów na listy oczekujących.
2. Poza kolejnością przyjmowani są pacjenci w przypadkach stanu zagrożenia życia lub porodu, wypadku, zatrucia, urazu, jak również inne osoby, na podstawie odrębnych przepisów:
   1) kobiety w ciąży oraz osoby do 18 r. ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
   2) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
   3) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
   4) świadczeniobiorcy posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" i tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawią legitymację;
   5) inwalidzi wojenni i wojskowi, żołnierze zastępczej służby wojskowej, cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
   6) kombatanci, działacze opozycji antykomunistycznej, osoby represjonowane z powodów politycznych i osoby deportowane do pracy przymusowej;
   7) uprawnieni żołnierze lub pracownicy i weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.
3. Kolejność udzielenia świadczeń zdrowotnych w trybie planowym ustalana jest na podstawie kryteriów medycznych z uwzględnieniem przypadków pilnych i stabilnych – według kolejności zgłoszenia pacjenta, w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital.
4. W celu otrzymania jednego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej (na podstawie skierowania) Pacjent ma możliwość wpisania się tylko na jedną listę oczekujących do danej komórki organizacyjnej u jednego świadczeniodawcy.
5. W razie zmiany stanu zdrowia Pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego lub późniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia następuje przesunięcie terminu udzielenia świadczenia.
6. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital informuje Pacjenta w dostępny sposób o zmianie

terminu udzielenia świadczenia i jej przyczynie.

7. Pacjent jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Szpitala o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie.
8. W przypadku powzięcia informacji przez Szpital o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie, na wniosek Pacjenta wyznaczany jest kolejny termin.
9. W razie przekazania informacji o rezygnacji Pacjenta ze świadczenia lub nie poinformowania Szpitala o niemożności stawienia się, Pacjent traci miejsce na liście.

§ 82

1. Rejestracja Pacjentów odbywa się: osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
2. **W punkcie rejestracji** Pacjent winien otrzymać informację dotyczącą:
   1) zakresu dostępnych świadczeń zdrowotnych;
   2) czasu oczekiwania;
   3) form i terminów zapisu do lekarza;
   4) wymaganych dokumentów i skierowań potrzebnych do przyjęcia;
   5) wyników badań niezbędnych podczas wizyty;
   6) miejsca wykonanych zleconych badań diagnostycznych;
   7) ewentualnym przygotowaniu do zabiegu diagnostycznego;
   8) harmonogramu pracy rejestracji, poradni i pracowni.
3. Podczas rejestracji Pacjent powinien otrzymać informację o dacie i godzinie wizyty.
4. W przypadku niemożliwości realizacji świadczenia w ustalonym terminie należy Pacjenta poinformować w dostępny sposób (np. telefonicznie) o zmianie tego terminu.
5. Rejestracja Pacjentów do Poradni Specjalistycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, Działu Fizjoterapii, Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Zakładu Diagnostyki Endoskopowej, Pracowni EEG i innych odbywa się w wyznaczonych i opisanych **punktach rejestracyjnych**.

§ 83

Przyjęcie Pacjenta do Szpitala

1. O przyjęciu do Szpitala decyduje lekarz dyżurny w Izbie Przyjęć wraz z lekarzem dyżurnym poszczególnych oddziałów szpitalnych lub w przypadku braku lekarza Izby Przyjęć lekarz dyżurny poszczególnych Oddziałów, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia Pacjenta, na podstawie skierowania do Szpitala wystawionego przez lekarza wraz z załączonymi wynikami niezbędnych badań dodatkowych i / lub badania podmiotowego oraz przedmiotowego oraz wykonanych w Izbie Przyjęć badań diagnostycznych niezbędnych do podjęcia decyzji o konieczności prowadzenia diagnostyki lub leczenia w trybie hospitalizacji, po uzyskaniu zgody Pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
2. W stanach nagłych nie jest wymagane skierowanie.
3. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji Pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w Oddziale realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz obsługujący Pacjenta w Izbie Przyjęć ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie konieczności organizuje transport medyczny.
4. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w Oddziałach zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia Pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta przez osoby nieuprawnione.
5. Dzieci do 18 – go roku życia przy przyjęciu do Szpitala zaopatrywane są w opaski identyfikacyjne, zakładane na nadgarstek lub kostkę zawierające informacje: imię

i nazwisko oraz datę urodzenia bądź PESEL.

6. Przy przyjęciu do Szpitala Pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą obowiązujące wymogi rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia oraz wewnętrzne wymogi Szpitala.
7. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemne wskazanie przez Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
   1) osoby, upoważnionej przez Pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
   2) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji, a w przypadku śmierci do wglądu do dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
8. W sytuacji gdy stan zdrowia Pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nie odebrania od Pacjenta powyższych informacji i uzyskać je od Pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu, z chwilą, gdy stan zdrowia Pacjenta na to pozwoli.
9. W sytuacji powtarzających się hospitalizacji, wcześniej udzielone przez Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego upoważnienia zachowują moc prawną, o ile nie zostały przez w/w osoby w formie pisemnej odwołane. W/w oświadczenia woli dotyczą wyłącznie upoważnień wyrażonych w odniesieniu do hospitalizacji mających miejsce w tutejszym Szpitalu.
10. Rzeczy Pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu przechowywane są w Depozycie Rzeczy Wartościowych i Depozycie Ubrań Pacjentów.
11. Szpital realizuje świadczenia zdrowotne w trybie nagłym lub terminie określonym kolejką oczekujących na realizację świadczenia w trybie stabilnym – przyjęcia planowe, w zależności od stwierdzanego stanu Pacjenta.
12. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody Pacjenta, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody Pacjenta na piśmie.
13. Szpital zapewnia przyjętemu Pacjentowi:
   1) realizację świadczeń zdrowotnych;
   2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonywania świadczenia;
   3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 84

1. Szpital jest obowiązany zgłosić na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej fakt:
   1) Przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,
   2) Przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu
   3) Na żądanie Policji informację o przyjęciu osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6.04.1990 r. o Policji .
2. Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała, zaburzenia czynności pozostają w związku z usiłowaniem przestępstwa, zabójstwa lub samobójstwa, uszkodzenia płodu lub zatrucia albo kiedy podejrzewa, że zostały one spowodowane przy udziale osób trzecich, Ordynator /Kierownik Oddziału /lekarz przyjmujący

pacjenta zobowiązany jest powiadomić o danym przypadku Prokuraturę Rejonową lub jednostkę Policji, a w następnej kolejności, w najbliższym możliwym terminie, pisemnie – Dyrektora Szpitala.

3. Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta małoletniego poweźmie uzasadnione podejrzenie, że ma do czynienia z dzieckiem mającym symptomy Syndromu Dziecka Maltretowanego (zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia), zobowiązany jest powiadomić o danym przypadku Prokuraturę Rejonową lub jednostkę Policji, a w następnej kolejności, w najbliższym możliwym terminie, pisemnie – Dyrektora Szpitala.

§ 85

1. Wypisanie Pacjenta, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
   1) gdy stan zdrowia Pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
   2) na żądanie Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
   3) gdy Pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania Pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala Sąd Opiekuńczy. Właściwy Sąd Opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i o przyczynach odmowy.
3. Pacjent występujący o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie, po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. W przypadku braku takiego oświadczenia – lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej Pacjenta.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
5. W razie pogorszenia stanu zdrowia Pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić osobę/instytucję wskazaną przez Pacjenta, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

ROZDZIAŁ V
POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

§ 86

1. Obowiązkiem personelu medycznego danej komórki działalności podstawowej, w której nastąpiła śmierć Pacjenta jest:
   1) pielęgniarka lub położna niezwłocznie zawiadamia o śmierci Pacjenta przebywającego w Szpitalu – lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego;
   2) lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon, ustala przyczynę zgonu oraz wystawia kartę zgonu;
   3) niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, lekarz lub pielęgniarka/położna zawiadamia osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego o śmierci Pacjenta;

4) po stwierdzeniu zgonu lekarz wystawia kartę zgonu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
5) identyfikator osoby zmarłej zawiera:
   a) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   b) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   c) datę i godzinę zgonu,
6) jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie statystycznej do karty zgonu oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości;
7) zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej;
8) zwłoki osoby zmarłej są zabierane z oddziału szpitalnego przez pracowników podmiotu z którym Szpital ma zawartą w tym zakresie umowę;
9) rzeczy osoby zmarłej spisuje się w obecności drugiej pielęgniarki, położnej lub innego pracownika Szpitala do zeszytu rzeczy osób zmarłych, a spis potwierdza się własnoręcznym podpisem;
10) rzeczy osoby zmarłej przekazuje się za potwierdzeniem rodzinie lub osobie upoważnionej do ich odebrania lub przekazuje się do Depozytu, a rzeczy wartościowe do Depozytu Rzeczy Wartościowych w Szpitalu;
11) zwłoki osoby zmarłej po umyciu i ubraniu w jednorazowe okrycie wydawane są przez pracownika Szpitala pracownikom firmy odbierającej zwłoki do chłodni na podstawie podpisanej umowy;
12) zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w chłodni firmy w ramach podpisanej umowy nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć Pacjenta;
13) przechowywanie zwłok Pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godziny liczone od godziny jego śmierci, jest dopuszczalne:
   a) gdy zwłoki nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania,
   b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
   c) z innych ważnych przyczyn, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok Pacjenta,
14) zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji, chyba że ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy za wyjątkiem przypadków określonych w art. 31 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej :
   a) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
   b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
   c) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
15) o zaniechaniu sekcji zwłok, o której mowa powyżej sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw;
16) dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu;

2. W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie decyzję o wykonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok pacjentów wydaje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku jego nieobecności Starszy Lekarz Dyżurny Szpitala. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres do 72 godzin opłata nie jest pobierana, natomiast za

przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, pobierana jest opłata zgodnie z cennikiem podmiotu, z którym Szpital ma podpisaną umowę na przechowywanie zwłok.

3. W przypadku gdy zwłoki zostały niepochowane przez upoważnione osoby lub instytucje, są chowane przez gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu, pobiera się od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta. Zabrania się Pracownikom Szpitala i osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych dla Szpitala, udzielania informacji o zgonach zakładom pogrzebowym.
4. W przypadku zgonu Pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione przypuszczenie, iż jest efektem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działania wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia, Dyrekcja niezwłocznie zawiadamia Prokuratora Rejonowego i właściwą jednostkę Policji.

§ 87
Postępowanie Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych w przypadku zgonu Pacjenta

1. Kierownik zespołu wyjazdowego nie wystawia karty zgonu, tylko wypełnia kartę medycznych czynności ratunkowych
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał Pacjentowi świadczeń lekarskich.
3. W przypadku zgonu w miejscu wypadku lekarz zespołu powiadamia Policję i przekazuje kartę medycznych czynności ratunkowych funkcjonariuszowi Policji.
4. Jeśli zgon nastąpił przed przyjazdem karetki pogotowia, a okoliczności śmierci sugerują znamiona przestępstwa, kierownik zespołu ma obowiązek wezwać Policję.
5. W przypadku zgonu w karetce pogotowia Kierownik zespołu zarządza przewiezienie zwłok na Szpitalny Oddział Ratunkowy lub Izbę Przyjęć najbliższego Szpitala, gdzie zostają wdrożone stosowne procedury.

§ 88
Postępowanie w stosunku do dzieci martwo urodzonych i płodów martwo urodzonych

1. W świetle obowiązujących przepisów prawnych w stosunku do dzieci martwo urodzonych mają zastosowanie wszystkie tryby postępowania przyjęte w stosunku do osób zmarłych w Szpitalu.
2. Za dzieci martwo urodzone uznaje się każdy płód niezależnie od czasu trwania ciąży.
3. Dla dzieci martwo urodzonych na wniosek osób uprawnionych do pochówku lekarz wypełnia i wydaje kartę zgonu, niezależnie od czasu trwania ciąży. Osoba uprawniona składa oświadczenie, w którym zobowiązuje się do dokonania pochówku zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Dzieci martwo urodzone mogą być;
   1) poddane pochówkowi przez osoby uprawnione;
   2) poddane pochówkowi przez Gminę Lubartów.
5. Pochowanie dzieci martwo urodzonych w zbiorowym grobie następuje na wniosek osoby uprawnionej tj. po złożeniu przez matkę oświadczenia zezwalającego na pochowanie dziecka

martwo urodzonego i uprawniającego Szpital do przekazania zwłok celem dokonania pochówku.

ROZDZIAŁ VI
WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL

§89

1. Pacjent ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej prowadzonej w Szpitalu.
2. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę i poufność danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalu zostają określone procedurą szpitalną.

§ 90

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej Pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym następuje na podstawie odrębnych przepisów, z zachowaniem poufności i ochrony danych.
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
   1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
   2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
   3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
   4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
   5) na informatycznym nośniku danych;
   6) zdjęcie rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;
   7) dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniana przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) na żądanie Pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
3. Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej są ustalane zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie za udostępnianie dokumentacji medycznej pobiera opłatę, maksymalną w wysokości określonej w art. 28 ust. 4 ustawy. Wysokość opłat ogłasza Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.
5. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie jak w ust. 2, jest wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale publikowana co trzy miesiące przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Nowe stawki obowiązują zawsze od następnego miesiąca po publikacji, tj. od trzeciego miesiąca kwartału.
6. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 2 wynosi:

1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
2) za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

7. Wniosek o udostępnianie dokumentacji medycznej składa się osobiście w Punkcie Informacyjnym lub w Sekretariacie Dyrekcji oraz za pośrednictwem poczty tradycyjnej i elektronicznej.
8. Realizacja wniosków odbywa się niezwłocznie, z uwzględnieniem czasu na sporządzenie kopii, odpisu, wyciągu, wydruku, nośnika informatycznego żądanej dokumentacji medycznej.

§ 91

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat:

1. Dla świadczeń udzielanych w trybie planowym oraz świadczeń udzielanych w trybie nagłym z możliwością weryfikacji ubezpieczenia:
   1) potwierdzenie na podstawie obowiązujących przepisów, iż pacjent jest osobą nieuprawnioną,
   2) poinformowanie o odpłatności za świadczenie zgodnie z cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora SPZOZ w Lubartowie dla właściwego rodzaju świadczeń,
   3) pobranie odpłatności za udzieleniu świadczenia, wystawienie paragonu fiskalnego a faktura wystawiana na życzenie pacjenta po udzieleniu świadczenia.
2. Dla świadczeń udzielanych w trybie nagłym bez możliwości weryfikacji ubezpieczenia:
   1) poinformowanie o możliwej odpłatności za świadczenie, zgodnie z cennikiem do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora SPZOZ w Lubartowie dla właściwego rodzaju świadczeń,
   2) wystawienie faktury z pouczeniem o możliwości jej anulowania w razie przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub złożenie oświadczenia w ciągu 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielenia świadczenia, a jeżeli leczenie odbywa się w Szpitalu w terminie 7 dni od daty jego zakończenia.
3. Niezależnie od pkt. 1 i pkt. 2 Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych, osoby nieubezpieczone wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem stanowiącym załącznik nr 2. Wysokość opłat ustalana jest na podstawie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych odbywa się na podstawie zawartych umów.
6. 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.
7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych, prowadzonej przez Szpital.
8. Udzielanie świadczeń spoza listy świadczeń gwarantowanych nie może naruszać praw ubezpieczonych odnośnie zasad i terminów udzielania świadczeń.
9. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia

finansowanego ze środków publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.

§ 92

1. Wysokość opłat pobieranych od pacjentów przez Szpital za świadczenia zdrowotne, które zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane są z częściową albo całkowitą odpłatnością określają Załączniki do niniejszego Regulaminu:
   1) Załącznik Nr 3 – Cennik usług medycznych wykonywanych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
   2) Załącznik Nr 4 – Cennik badań profilaktycznych w Poradni Medycy Pracy w SPZOZ w Lubartowie,
   3) Załącznik Nr 5 - Cennik opłat za wydawanie orzeczeń, zaświadczeń lekarskich, informacji dla pacjentów oraz instytucji i zakładów ubezpieczeniowych o stanie zdrowia pacjentów,
   4) Załącznik Nr 6 - Cennik usług w zakresie wykonywania kserokopii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie,
   5) Załącznik Nr 7 – Cennik usług sterylizacji sprzętu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.
2. Dyrektor Szpitala uprawniony jest do zmiany wysokości opłat i cenników, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu. Zmiany opłat i cenników nie stanowią zmiany niniejszego Regulaminu i są aktualizowane przez Dyrektora Szpitala w formie Zarządzenia wprowadzającego nową treść Cennika.

ROZDZIAŁ VII
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 93

1. Prawa pacjenta w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie określa Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik nr 2.
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie udostępnia pacjentom Kartę Praw Pacjenta. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do udzielania informacji w tym zakresie.

ROZDZIAŁ VIII
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 94

1. Szpital realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia Pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień oraz konsultacji w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz gabinety lekarza rodzinnego o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.

ROZDZIAŁ IX
TRYB ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

§ 95

1. Skargi i wnioski mogą być wnoszone zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej.
2. Skarga lub wniosek w formie pisemnej może być przesłana drogą pocztową, kurierską, złożona osobiście w Sekretariacie Dyrekcji, jak również przesłana pocztą elektroniczną.
3. Skarga lub wniosek ustny może być złożony osobiście lub telefonicznie Dyrektorowi Szpitala lub osobie wyznaczonej do jej przyjęcia przez Dyrektora Szpitala w Sekretariacie Dyrekcji, przy czym skargi i wnioski Pacjentów, ich rodzin, opiekunów lub przedstawicieli ustawowych przyjmuje Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta.
4. Z przyjęcia skargi lub wniosku wniesionych ustnie w obecności Pracownika Szpitala przyjmującego skargę lub wniosek sporządza się protokół.
5. W protokole zamieszcza się datę przyjęcia skargi lub wniosku, imię i nazwisko (nazwę), adres wnoszącego skargę lub wniosek, jeżeli dane te zostały podane przez skarżącego lub wnioskodawcę, oraz zwięzły opis sprawy. Jeżeli protokół jest spisywany w obecności skarżącego lub wnioskującego protokół podpisują wnoszący skargę lub wniosek oraz przyjmujący skargę lub wniosek. W przypadku odmowy podpisania protokołu przez wnoszącego skargę lub wniosek przyjmujący skargę stwierdza tę okoliczność w protokole podając, o ile mu będzie wiadome, przyczynę odmowy podpisania protokołu.
6. Skargi lub wnioski wnoszone pisemnie, pocztą elektroniczną przyjmuje Sekretariat Dyrekcji.
7. Jeżeli skarga lub wniosek jest składany telefonicznie przyjmujący skargę lub wniosek sporządza notatkę służbową wskazując: datę odbycia rozmowy, dane rozmówcy, dane kontaktowe rozmówcy - jeśli rozmówca poda takie informacje, treść rozmowy i ewentualne ustalenia.
8. Przyjmujący zgłoszenie podpisuje notatkę, o której mowa w ust. 7 powyżej.
9. Przyjmujący skargi lub wnioski potwierdza złożenie skargi lub wniosku, jeżeli zażąda tego wnoszący skargę lub wniosek.
10. O tym czy pismo jest skargą lub wnioskiem decyduje jego treść, a nie forma zewnętrzna lub tytuł.
11. Jeżeli z treści skargi lub wniosku nie można jednoznacznie ustalić ich przedmiotu, Dyrektor wzywa wnoszącego (o ile znane są dane wnoszącego) skargę lub wniosek do złożenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnienia lub uzupełnienia, z pouczeniem, że nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpoznania.
12. Skargi i wnioski wnoszone na piśmie powinny zawierać imię i nazwisko wnoszącego oraz adres do korespondencji – brak tych danych spowoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania.
13. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor może zarządzić postępowanie wyjaśniające, pomimo braku danych, o których mowa w ust. 12 powyżej.
14. W przypadku skarg lub wniosków wnoszonych telefonicznie osoba przyjmująca nie może udzielać osobie skarżącej lub wnioskującej informacji, które mogłyby naruszyć ochronę danych osobowych lub tajemnicę zawodową.

§ 96
REJESTROWANIE SKARG I WNIOSKÓW

1. Każda skarga lub wniosek podlegają rejestracji we właściwym Rejestrze Skarg i Wniosków.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta prowadzi Rejestr skarg i wniosków Pacjentów, w którym rejestruje wszystkie skargi i wnioski wnoszone przez Pacjentów lub członków ich rodzin, ich opiekunów, przedstawicieli ustawowych.
3. Dział Organizacyjny prowadzi Rejestr skarg i wniosków podmiotów innych niż Pacjenci, w którym rejestruje wszystkie skargi i wnioski wnoszone przez inne podmioty niż wskazane w ust. 2 powyżej np. podmioty zewnętrzne lub pracowników Szpitala.
4. Osoby przyjmujące skargi i wnioski zobowiązane są po przyjęciu skargi lub wniosku, do ich niezwłocznego przekazania do Dyrektora za pośrednictwem swego przełożonego.
5. Dyrektor dekretuje skargę lub wniosek do właściwej do jego rozpatrzenia komórki organizacyjnej.
6. Po zadekretowaniu przez Dyrektora skargi lub wniosku, oryginał ich trafia niezwłocznie do Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta - w przypadku skarg i wniosków podlegających wpisowi do Rejestru skarg i wniosków Pacjentów, lub do Działu Organizacyjnego - w przypadku skarg i wniosków podlegających wpisowi do Rejestru skarg i wniosków podmiotów innych niż Pacjenci, gdzie jest rejestrowany we właściwym Rejestrze Skarg i Wniosków i nadaje się mu kolejny numer.
7. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta prowadzi roczną sprawozdawczość dotyczącą skarg i wniosków podlegających rejestracji w Rejestrze skarg i wniosków Pacjentów.
8. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta na podstawie Rejestru skarg i wniosków Pacjentów przedstawia roczne sprawozdanie Dyrektorowi Szpitala do dnia 15 lutego każdego roku za rok poprzedni.
9. Sprawozdanie dotyczące skarg i wniosków Pacjentów jest przedkładane na posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala.
10. Kierownik Działu Organizacyjnego na podstawie Rejestru skarg i wniosków podmiotów innych niż Pacjenci przedstawia roczne sprawozdanie Dyrektorowi Szpitala do dnia 15 lutego każdego roku za rok poprzedni.

§ 97
ROZPATRYWANIE SKARG I WNIOSKÓW

1. Po zapoznaniu się z treścią skargi lub wniosku Dyrektor Szpitala wskazuje komórkę organizacyjną Szpitala zobowiązaną do rozpatrzenia skargi lub wniosku.
2. Skargi i wnioski podlegające wpisowi do Rejestru skarg i wniosków Pacjentów Dyrektor Szpitala przekazuje do rozpoznania bezpośrednio Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Pacjenta.
3. Komórka organizacyjna wyznaczona w dekretacji do rozpatrzenia sprawy, ma prawo żądać od innych Pracowników Szpitala przedłożenia przez nich pisemnych wyjaśnień, stosownych dokumentów oraz wydania opinii.
4. Jeżeli skarga dotyczy określonej osoby nie może być przekazana do rozpoznania tej osobie ani osobie, wobec której pozostaje ona (osoba, której skarga dotyczy) w stosunku bezpośredniej nadrzędności służbowej.
5. Rozpoznanie skargi lub wniosku polega na przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego.
6. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego sporządza się zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi lub wniosku.
7. Zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi lub wniosku wraz z całą zgromadzoną dokumentacją jest przedkładane do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.

8. Przed zatwierdzeniem zawiadomienia Dyrektor Szpitala może żądać dodatkowych wyjaśnień lub powtórzenia postępowania wyjaśniającego.
9. Skargi i wnioski powinny być załatwione bez zbędnej zwłoki nie później niż w ciągu 30 dni od dnia złożenia lub wpłynięcia wniosku lub skargi.
10. O każdym przypadku niezałatwienia skargi lub wniosku w tym terminie, osoba rozpatrująca skargę jest zobowiązana powiadomić skarżącego lub wnioskodawcę, podając przyczynę niezałatwienia sprawy w terminie i ustalając nowy termin załatwienia sprawy.
11. O sposobie załatwienia skargi lub wniosku zawiadamia się skarżącego lub wnioskodawcę listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru lub w inny sposób wskazany przez wnioskodawcę lub skarżącego np. poprzez email.
12. Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi lub wniosku powinno między innymi zawierać:
    1) wskazanie, w jaki sposób skarga lub wniosek zostały załatwione, dane osoby załatwiającej skargę, w tym dane do kontaktu oraz podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi lub wniosku;
    2) zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi lub wniosku powinno zawierać, dane osoby załatwiającej skargę, w tym dane do kontaktu oraz podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi lub wniosku, uzasadnienie odmownego załatwienia, jeśli to konieczne uzasadnienie prawne lub medyczne, oraz pouczenie o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie skargi lub wniosku;
    3) zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi lub wniosku albo zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi lub wniosku należy sporządzić w dwóch egzemplarzach – jeden dla skarżącego lub wnioskodawcy, jeden egzemplarz dla Szpitala.
13. Uprawomocnienie decyzji organu administracji publicznej lub wyroku wydanych w trybie przepisów kodeksu postępowania cywilnego, kodeksu postępowania karnego, postanowienia przed Wojewódzką Komisją ds. Zdarzeń Medycznych, decyzją organów odpowiedzialności zawodowej lekarzy lub pielęgniarek, decyzją Rzecznika Praw Pacjenta lub innym uprawnionym organem wydanych na skutek podjęcia przez skarżącego czynności prawnych w sprawie, której dotyczy skarga lub wniosek powoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpatrzenia, o czym zawiadamia się skarżącego lub wnioskodawcę.
14. Dla rozpatrzenia skargi lub wniosku Dyrektor może powołać Komisję.
15. Komisja zbiera materiały w sprawie, analizuje je i sporządza protokół.
16. Do Komisji stosuje się odpowiednio zapisy niniejszego paragrafu.
17. W przypadku, gdy skarga lub wniosek zawiera roszczenie o wypłatę zadośćuczynienia, odszkodowania, renty lub inne tego typu roszczenie skarga lub wniosek jest także niezwłocznie przekazywana do Radcy Prawnego (obsługi prawnej).
18. W przypadku określonym w ust.17 wyznaczony Radca Prawny (obsługa prawna) zawiadamia o roszczeniu ubezpieczyciela Szpitala celem przeprowadzenia postępowania w sprawie likwidacji szkody oraz informuje o tym fakcie skarżącego lub wnioskodawcę.
19. Radca Prawny (obsługa prawna) prowadzi postępowanie wyjaśniające, jednakże ostateczne stanowisko może być przesyłane skarżącemu lub wnioskodawcy dopiero po zajęcia stanowiska przez ubezpieczyciela Szpitala w przedmiocie zgłoszonej szkody.

§ 98
ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. W terminie 14 dni od doręczenia zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi lub wniosku osobie (lub podmiotowi) składającej skargę lub wniosek przysługuje prawo złożenia umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

2. Po zadekretowaniu wniosku przez Dyrektora oryginał wniosku trafia do Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta - w przypadku skarg i wniosków podlegających wpisowi do Rejestru skarg i wniosków Pacjentów lub do Działu Organizacyjnego – w przypadku skarg i wniosków podlegających wpisowi do Rejestru skarg i wniosków podmiotów innych niż Pacjenci.
3. Dla rozpatrzenia umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Dyrektor powołuje Komisję.
4. Dokument, w którym Dyrektor powołuje Komisję w przedmiotowej sprawie kierowany jest do przewodniczącego, członków komisji oraz prowadzącego właściwy Rejestr skarg i wniosków tj. Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta lub odpowiednio do Działu Organizacyjnego.
5. Podmiot prowadzący właściwy Rejestr skarg i wniosków, w którym zarejestrowano sprawę podlegającą ponownemu rozpatrzeniu tj. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta lub Dział Organizacyjny przekazuje kopię akt sprawy Przewodniczącemu Komisji.
6. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy Komisja rozpatruje w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wniosku.
7. Komisja analizuje zebrane materiały w sprawie i sporządza protokół oraz propozycję odpowiedzi na wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.
8. Protokół zawierający stanowisko Komisji, co do sposobu ponownego rozpatrzenia sprawy, przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala.
9. Dyrektor zajmuje ostateczne stanowisko w sprawie i przekazuje je w terminie 7 dni za listem poleconym za potwierdzeniem odbioru lub w inny sposób wskazany przez wnioskodawcę lub skarżącego np. poprzez email składającemu wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.
10. Do trybu pracy Komisji stosuje się zasady opisane w § 97.
11. Komisja kończy prace z dniem zajęcia przez Dyrektora Szpitala ostatecznego stanowiska w sprawie.
12. Przewodniczący Komisji niezwłocznie po zajęciu w sprawie ostatecznego stanowiska przez Dyrektora Szpitala zwraca akta sprawy do podmiotu prowadzącego właściwy Rejestr skarg i wniosków, w którym zarejestrowano sprawę podlegającą ponownemu rozpatrzeniu tj. Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Praw Pacjenta lub do Działu Organizacyjnego.
13. W sytuacji uchybienia terminowi, o którym mowa w ust.1 niniejszego paragrafu, Szpital nie jest zobowiązany do ponownego rozpatrzenia skargi lub wniosku.

§ 99
PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI DOTYCZACEJ SKARG I WNIOSKÓW

1. Zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi lub wniosku albo zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi lub wniosku wraz z dokumentacją postępowania, po zakończeniu postępowania trafiają i przechowywane są przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta nadaje numer sprawy zgodny z prowadzonym rejestrem skarg i wniosków i zakłada teczkę aktową zgodnie z postanowieniami instrukcji kancelaryjnej.
3. Po rozpatrzeniu skargi lub wniosku oraz po przekazaniu zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi lub wniosku lub zawiadomienia o odmownym załatwieniu sprawy, jednostka organizacyjna, zobowiązana do jej rozpatrzenia, niezwłocznie przekazuje całość materiału w sprawie do Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta.
4. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta odnotowuje ten fakt w prowadzonym Rejestrze Skarg i Wniosków. Wstępnie archiwizuje sprawę.

5. W przypadku złożenia uzasadnionego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy całość materiału w sprawie przekazywana jest przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta przewodniczącemu Komisji celem przeprowadzenia postępowania w sprawie.
6. Po zakończeniu postępowania w sprawie całość materiału ponownie przekazywana jest przez przewodniczącego Komisji do Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta celem zarchiwizowania sprawy.

ROZDZIAŁ X
ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE SZPITALA OSÓB TRZECICH

§ 100

1. Zasady przebywania na Oddziałach Szpitalnych osób odwiedzających Pacjenta określa Regulamin dla odwiedzających wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora.
2. Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzania prezentacji produktów i wyrobów, są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar do Dyrekcji Szpitala i uzyskać pisemną zgodę Dyrektora lub wyznaczonego przez niego Zastępcy.
3. Prezentacja produktów i wyrobów medycznych lub farmaceutycznych może odbywać się poza godzinami pracy personelu.
4. Prezentacja produktów i wyrobów medycznych lub farmaceutycznych może odbywać się w wyznaczonym do tego miejscu spotkań, np. sali konferencyjnej, a nie w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych.
5. Lekarze Szpitala oraz Kierownik Apteki Szpitalnej zobowiązani są poinformować osoby wymienione w ust. 2 o niniejszych zasadach postępowania.
6. Przedstawiciele mediów publicznych wchodzących na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących Szpitala, zobowiązani są zgłosić ten zamiar Dyrektorowi lub wyznaczonemu przez niego Zastępcy.
7. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności Szpitala są Dyrektor Szpitala, jego Zastępcy lub inne osoby upoważnione w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie i na zasadach określonych przez Dyrektora.
8. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród Pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów publicznych zgłasza ten zamiar Dyrektorowi lub jego Zastępcy, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie zakłócający działalności komórek organizacyjnych Szpitala.

ROZDZIAŁ XI
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 101

1. Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, w tym zasady podpisywania, obiegu i archiwizacji pism określa:
   1) zarządzenie wprowadzające Instrukcję Kancelaryjną;
   2) zarządzenie w sprawie wprowadzenia Regulaminu działania Składnicy Akt.
2. Sygnatury poszczególnych komórek organizacyjnych ustala Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.

§ 102

a. Podpisywanie korespondencji wychodzącej na zewnątrz Szpitala jest zastrzeżone do wyłącznej

właściwości Dyrektora Szpitala lub osoby przez niego upoważnionej.

b. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główny Księgowy oraz Kierownicy komórek organizacyjnych uprawnieni są do podpisywania pism i dokumentów wewnętrznych, to jest kierowanych do innych komórek organizacyjnych, w sprawach objętych zakresem działania kierowanych przez siebie komórek organizacyjnych i nadzorowanych obszarów działania.

c. Sporządzane pisma przez Szpital w formie papierowej i elektronicznej, a także informacje na stronie internetowej Szpitala w szczególności powinny zawierać:
   1) pełną nazwę Szpitala;
   2) siedzibę i adres Szpitala;
   3) numer telefonu kontaktowego i faksu;
   4) numer konta bankowego Szpitala;
   5) oznaczenie Sądu Rejestrowego oraz numer, pod którym Szpital jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego;
   6) numer identyfikacji podatkowej (NIP).

d. Sporządzane pisma przez Szpital w formie papierowej i elektronicznej powinny zawierać:
   1) ilość załączników dołączanych do pisma;
   2) ilość wykonywanych egzemplarzy pisma i gdzie są one kierowane;
   3) sygnaturę komórki organizacyjnej oraz imię i nazwisko osoby sporządzającej pismo i prowadzącej daną sprawę;
   4) telefon kontaktowy oraz adres poczty elektronicznej do osoby prowadzącej daną sprawę.

§ 103

1. Zabezpieczenie akt tajnych i poufnych regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa, odnoszące się do ochrony informacji niejawnych.
2. Kancelaria tajna prowadzona jest w ramach stanowiska Inspektora ds. Obronnych i Rezerw.

§ 104

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy ustalony przez Dyrektora, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi działającymi w Szpitalu.
2. Rodzaje i liczbę stanowisk pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala określa Dyrektor.

§ 105

1. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności i są wprowadzone stosownym Zarządzeniem Dyrektora.
3. Każda zmiana powoduje obowiązek przygotowania tekstu jednolitego Regulaminu i podania go do wiadomości powszechnej poprzez umieszczenie na stronie internetowej Szpitala.
4. Niniejszy Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem określonym w Zarządzeniu Dyrektora.
5. Z dniem wejścia w życie niniejszego Regulaminu Organizacyjnego traci moc Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zaopiniowany Uchwałą nr 7/2023 z dnia 24 marca 2023 r. Rady Społecznej SPZOZ w Lubartowie, wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie nr 42/2023 z dnia 27 marca 2023 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik nr 2
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
wprowadzonego Zarządzeniem nr 50/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 20 kwietnia 2023 r.

KARTA PRAW PACJENTA

Prawa człowieka, a funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

1. Prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej.
2. Prawo do poszanowania swojej prywatności.
3. Prawo do samodecydowania.
4. Prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych.
5. Prawo do poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa swojej osoby.
6. Prawo do bezpiecznych świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

I. Prawo do opieki i leczenia

1. Pacjent ma prawo, aby lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny udzieliły świadczenia zdrowotnego bez zbędnej zwłoki.
2. Pacjent będący w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia ma prawo żądać natychmiastowego udzielenia mu świadczenia zdrowotnego bez wymaganego skierowania.
3. Pacjent wymagający zdaniem lekarza niezwłocznego przyjęcia do szpitala, zwłaszcza w ramach ostrego dyżuru, ma prawo żądać, aby szpital odmawiający przyjęcia ze względu na brak miejsc, rodzaj udzielanych świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, zapewnił w razie potrzeby przewóz do innego szpitala mającego możliwość udzielenia właściwego świadczenia.
4. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do zaopatrzenia w leki i materiały medyczne oraz do pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia. Pacjent ma ponadto prawo do otrzymywania osobistej bielizny szpitalnej i środków higieny osobistej.
5. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
6. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, korespondencyjnego i telefonicznego z innymi osobami także z ogólnie dostępnego telefonu, a w wyjątkowym przypadku również z telefonu służbowego.
7. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w pkt. 6.
8. Prawa pacjenta mogą być ograniczone w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w pkt. 6, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu.
9. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, pacjent ma prawo do kontaktu z duchownym swego wyznania.
10. Jeżeli istnieje obawa rychłej śmierci pacjenta ma on prawo zażądać, aby personel Szpitala umożliwił mu wyrażenie ostatniej woli ustnie przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech świadków.
11. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy wykonywaniu świadczeń

zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

12. Pacjent ma prawo do ciągłości opieki włączając w to współpracę pomiędzy wszystkimi dostawcami usług zdrowotnych i / lub podmiotami leczniczymi, które mogą uczestniczyć w rozpoznaniu, leczeniu i opiece.
13. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
14. Pacjent ma prawo wybrać i zmienić swojego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej.
15. Pacjent ma prawo do wypisania ze Szpitala, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu, bądź na własne żądanie – w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Przy czym przy wypisie pacjent ma prawo do otrzymania oryginału oraz jednej kopii Karty Informacyjnej z Leczenia Szpitalnego z podaniem rozpoznania w języku polskim.
16. Pacjent w podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie.

II. Prawo do wyrażania zgody na zabiegi i leczenie

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w części II pkt. 3.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
3. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda, o której mowa w pkt. 2 musi być wyrażona w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w części II pkt. 3.
4. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na piśmie zgodę na udział w eksperymencie medycznym do celów naukowych, po uprzednim uzyskaniu informacji o celach, sposobach i warunkach przeprowadzania przedmiotowego eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.
6. Pacjent ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do pobrania z jego zwłok tkanek, narządów i komórek. W przypadku możliwości zastosowania alternatywnych sposobów leczenia lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, zaś pacjent ma prawo decydowania o wyborze jednego z nich.

III. Prawo pacjenta nieletniego

Pacjentowi nieletniemu przysługują takie same prawa, jak pacjentowi dorosłemu, z tym że:

1. Prawo pacjenta do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, a także w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, przysługuje przedstawicielowi ustawowemu małoletniego, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, prawo to w odniesieniu do badania może wykonać opiekun faktyczny. Jeśli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
2. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, do świadczeń zdrowotnych określonych w pkt. 1 wymagana jest również jego pisemna zgoda.
3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczeń zdrowotnych opisanych w pkt. 1, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku, do udzielenia świadczenia zdrowotnego wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, a czynności te są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać te czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
5. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 4 bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta lub właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
6. Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny tylko za pisemną zgodą jego przedstawiciela ustawowego, a jeśli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest także jego pisemna zgoda.
7. Udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów i nie ma możliwości przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych.

IV. Prawa Dziecka w Szpitalu

1. Dzieci powinny być przyjmowane do Szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu lub pod opieką poradni.
2. Powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.
3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im w pozostawaniu przy dziecku. Pobyt rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem,

powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęcani do aktywnej współpracy.

4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi
6. Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
7. Dzieci powinny mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.
8. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych dzieci.
9. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

V. Prawo do intymności i poszanowania godności

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej, w szczególności w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby przy udzielaniu świadczeń był obecny tylko niezbędny personel medyczny, chyba że obecność innych osób odbywających kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe jest uzasadniona realizacją celów naukowych lub dydaktycznych oraz, aby poszanowano jego prywatność poprzez umożliwienie udzielania świadczenia w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym.
2. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Pacjent ma prawo, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych była obecna osoba bliska, wskazana przez pacjenta. W przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, personel medyczny udzielający świadczenia może odmówić obecności osoby wskazanej przez pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

VI. Prawo do informacji

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, udostępnianej w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym.
2. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.
3. Pacjent ma prawo do przystępnej 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. Po uzyskaniu informacji, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
4. Lekarz może udzielać informacji, o której mowa w pkt. 3 innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

5. Pacjent ma prawo, dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie.
6. Pacjent ma prawo zażądać skorygowania, uzupełnienia, usunięcia, wyjaśnienia i/lub uaktualnienia dotyczących go osobistych i medycznych danych, które są niedokładne, niekompletne, dwuznaczne lub nieaktualne albo nieodpowiednie dla potrzeb rozpoznania, leczenia lub opieki. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie.
7. Pacjent ma prawo do 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, z wyjątkiem sytuacji określonych w odpowiednich przepisach prawa.
8. Tajemnica, o której mowa w pkt. 7 obowiązuje również po śmierci pacjenta.
9. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeśli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Jeżeli życzeniem pacjenta jest zapoznanie się z pełną informacją o złym rokowaniu – ma do tego prawo.
10. Informacja powinna być przekazana w sposób odpowiadający zdolności rozumienia pacjenta, przy jak najmniejszym użyciu niezrozumiałej technicznie terminologii. Jeżeli pacjent nie mówi po polsku, należy umożliwić tłumaczenie.
11. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o której mowa w pkt. 3.
12. Pacjent ma prawo wskazać, kto, jeżeli w ogóle ktokolwiek, ma być informowany w jego imieniu.
13. Pacjent ma prawo w każdej chwili do cofnięcia udzielonego innej osobie upoważnienia do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia i o udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz wglądu do dokumentacji medycznej.
14. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.
15. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielająca mu świadczeń zdrowotnych pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
16. Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
17. W momencie przyjmowania do zakładu opieki zdrowotnej pacjent powinien poznać z imienia osoby, które będą odpowiedzialne za opiekę nad nim, uzyskać informacje o ich statusie zawodowym, a także zapoznać się z przepisami i zwyczajami, które będą kształtować jego pobyt i leczenie.
18. Pacjent ma prawo do bezpłatnego otrzymania orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, jeśli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy oraz innymi sytuacjami przewidzianymi w odpowiedniej ustawie.
19. Pacjent będący osobą ze szczególnymi potrzebami (niewidomy, niedowidzący, głuchoniemy, obcojęzyczny) ma prawo do otrzymania informacji w zrozumiały dla niego sposób z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się.

VII. Prawo do skargi

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, jeżeli uzna, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się z interwencją do Lekarza Kierującego lub Kierownika Oddziału, a następnie do powołanego w Szpitalu Pełnomocnika Praw Pacjenta.
2. W razie niezadowalającego załatwienia sprawy, określonej w pkt. 1, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się o jej rozpatrzenie do Dyrektora Szpitala.

3. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
4. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta sprawę o zasądzenie odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia można skierować do sądu powszechnego.

VIII. Prawo do wniesienia sprzeciwu

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej, działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w pkt. 1.

IX. Prawo do składania wniosków do Rzecznika Praw Pacjenta

1. Każdy, kto poweźmie wiadomość, co najmniej uprawdopodabniającą naruszenie praw pacjenta może złożyć wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Wniosek musi zawierać:
   - oznaczenie wnioskodawcy
   - oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy
   - zwięzły opis stanu faktycznego.
2. Każdy ma prawo do złożenia wniosku do Rzecznika Praw Pacjenta o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów.

Konstytucja RP, gwarantuje każdemu prawo do ochrony życia i zdrowia, wolność i nietykalność osobistą oraz równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prawa pacjenta wynikają z Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie

mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik nr 4
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
wprowadzonego Zarządzeniem nr 50/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 20 kwietnia 2023 r.

CENNIK BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH W PORADNI MEDYCYNY PRACY W SPZOZ W LUBARTOWIE

wprowadzony Zarządzeniem nr 9/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 12 stycznia 2023 r.

CENNIK BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH W PORADNI MEDYCYNY PRACY W SPZOZ W LUBARTOWIE

CENNIK BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH W PORADNI MEDYCYNY PRACY W SPZOZ W LUBARTOWIE		
LP.	**NAZAWA BADANIA**	**CENA**
1	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY WRAZ Z WYDANIEM ORZECZENIA (nie obejmuje badań diagnostycznych i konsultacji)	160,00 zł
2	WPIS DO KSIĄŻECZKI DLA CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH	70,00 zł
3	BADANIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY WRAZ Z WYDANIEM ORZECZENIA sanitarno-epidemiologicznego (badania sanitarno-epidemiologiczne we własnym zakresie)	130,00 zł
4	BADANIE I WYDANIE INNEGO ZASWIADCZENIA NA PROŚBĘ PRACODAWCY LUB PRACOWNIKA	160,00 zł
5	BADANIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY I WYDANIE ZAŚWIADCZENIA DLA UCZNIA, STUDENTA	w zależności od zawartej umowy
6	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY WRAZ Z WYDANIEM ORZECZENIA DLA OSÓB UBIEGAJACYCH SIĘ O WYDANIE LUB PRZEDŁUŻENIE PRAWa JAZDY KAT. A, B, C, D (nie obejmuje badań diagnostycznych i konsultacji)	250,00 zł
7	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY I WYDANIE ORZECZENIA dla osób występujących o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne albo przedłużenie ważności tego dokumentu dla Wydziału Komunikacji (nie obejmuje badań diagnostycznych i konsultacji)	300,00 zł

8	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY I WYDANIE ORZECZENIA DLA KIEROWCÓW WYKONUJACYCH PRZEWÓZ DROGOWY ORAZ PRZEDSIĘBIORCÓW LUB INNYCH OSÓB OSOBIŚCIE WYKONUJACYCH PRZEWÓZ DROGOWY - DLA WYDZIAŁU KOMUNIKACJI (nie obejmuje badań diagnostycznych i konsultacji)	300,00 zł
9	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY I WYDANIE ORZECZENIA DLA PRACOWNIKA MAJACEGO W ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW KIEROWANIE POJAZDEM KAT. B W TRAKCIE BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH (nie obejmuje badań diagnostycznych i konsultacji)	250,00 zł
10	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY I WYDANIE ORZECZENIA DLA PRACOWNIKA MAJACEGO W ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW KIEROWANIE POJAZDEM KAT. C,D W TRAKCIE BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH (nie obejmuje badań diagnostycznych i konsultacji)	300,00 zł
11	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY WRAZ Z WYDANIEM ORZECZENIA DLA PRACOWNIKÓW MAJACYCH W ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW PRACĘ NA WYSOKOŚCI DO 3M (badania okulistyczne, neurologiczne i laryngologiczne wykonuje uprawniony lekarz medycyny pracy, pozostałe badania płatne dodatkowo)	280,00 zł
12	BADANIE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY WRAZ Z WYDANIEM ORZECZENIA DLA PRACOWNIKÓW MAJACYCH W ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW PRACĘ NA WYSOKOŚCI POWYŻEJ 3M (badania neurologiczne i laryngologiczne wykonuje uprawniony lekarz medycyny pracy, pozostałe badania i konsultacje płatne dodatkowo)	240,00 zł
13	WIZYTACJA STANOWISKA PRACY W ZAKŁADZIE PRACY W RAZIE POTRZEBY (zgodnie z Ustawą z dnia 27.06.1997 r. o służbie Medycyny Pracy)	300,00 zł
14	BADANIE KONTROLNE	160,00 zł
15	KONSULTACJA OKULISTYCZNA	60,00 zł
16	KONSULTACJA NEUROLOGICZNA	70,00 zł
17	KONSULTACJA LARYNGOLOGICZNA wraz z audiogramem	70,00 zł
18	KONSULTACJA KARDIOLOGICZNA	90,00 zł
19	KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA DLA KIEROWCÓW ZAWODOWYCH (C, C+D, D+E)	150,00 zł
20	KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA OCENIAJACA SPRAWNOŚĆ PSYCHOMOTORYCZNĄ- m.in. dla kierowcy aut do 3,5 tony kat. B, B+E	96,00 zł

21	KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA ZAWIERAJACA WIDZENIE O ZMIERZCHU I BADANIE OLŚNIENIA TZW. CIEMNIA ZDOLNOŚĆ ROZPOZNAWANIA BARW	48,00 zł
22	EKG	50,00 zł
23	RTG stawu łokciowego - jako II projekcje	60,00 zł
24	RTG dłoni-porównawcze ap i boczne - jako II projekcje	55,00 zł
25	LIPIDOGRAM (TC,HDL,LDL, cholesterol całkowity)	36,00 zł
26	PRÓBY WĄTROBOWE w skład których wchodzą: (transaminazy - ALT, AST), ALP, BIL, GGTP	cały pakiet - 37,00 zł pojedynczo - 7,00 zł
27	BADANIE MOCZU	13,00 zł
28	CHOLESTEROL CAŁKOWITY	13,00 zł
29	CHOLESTEROL HDL	13,00 zł
30	CHOLESTEROL LDL	17,00 zł
31	GLUKOZA	13,00 zł
32	TRÓJGLICERYDY	13,00 zł
33	KREATYNINA	8,00 zł
34	RETIKULOCYTY	12,00 zł
35	BILIRUBINA	13,00 zł
36	MORFOLOGIA Z ROZMAZEM I PŁYTKI KRWI	20,00 zł
37	SPIROMETRIA	60,00 zł
38	CYTOLOGIA	15,00 zł
39	PSA CAŁKOWITY	9,00 zł
40	BADANIA W KIERUNKU BORELIOZY w skład wchodzi: badanie ellisa badanie westernblot	50,00 zł 132,00 zl

W przypadku ponownego badania w okresie 6 miesięcy (przy zachowaniu ważności pozostałych badań) zapłata za badanie profilaktyczne wyniesie 50% ceny brutto
Zmienny mikroklimat i wysoka temperatura pomieszczenia **zalecane badanie EKG**
Zalecane badania u osób powyżej 40 roku życia:
Ø **EKG**
Ø lipidogram
W przypadku pracy na wysokości powyżej 3 m dodatkowo konsultacje: neurologiczna, laryngologiczna, okulistyczna- **180 zł.**
W przypadku pracy przy komputerze powyżej 4 godzin- konsultacja okulistyczna- **60 zł**
W przypadku pracy w archiwum, bądź kontaktu z tlenkiem węgla i pyłami - spirometria- **60 zł**

Badanie kału w kierunku jej pasożytów SS (3x) – we własnym zakresie

W przypadku nakładania się konsultacji specjalistycznych obowiązuje cena za jedno badanie.
Ceny poszczególnych stanowisk pracy są wyceniane na podstawie zestawu badań wskazanych przez Lekarza Medycyny Pracy.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.05.199 r. Dz. U. Nr 69, poz.332 z póź. zmianami w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy -§ 2 pkt 2 stanowi, że lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne może poszerzyć jego zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne oraz badania dodatkowe, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania, niż to określono we wskazówkach metodycznych, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik nr 3
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
wprowadzonego Zarządzeniem nr 50/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 20 kwietnia 2023 r.

CENNIK USŁUG MEDYCZNYCH WYKONYWANYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBARTOWIE

wprowadzony Zarządzeniem nr 8/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 17 stycznia 2023 r.

Odpłatność za wykonane świadczenia medyczne jest pobierana w następujących sytuacjach:

- **pacjent nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego,**
- **pacjent nie posiada skierowania na udzielenie świadczenia od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,**
- **pacjent posiada skierowanie na badanie z innego zakładu opieki zdrowotnej, z którym Szpital nie ma podpisanej umowy na świadczenie danego rodzaju usług medycznych,**
- **pacjent objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, mający możliwość bezpłatnego wykonania danego świadczenia, ze względu m.in. na długi czas oczekiwania w ramach NFZ, zrzeka się swojego uprawnienia do bezpłatnego świadczenia i zleca wykonanie usługi pełnopłatnej.**

PRACOWNIA USG		
Lp.	**NAZWA ŚWIADCZENIA**	**CENA (ZŁ)**
1.	USG dopplerowskie żył i tętnic kończyn (obie kończyny)	500,00 zł
2.	USG dopplerowskie żył kończyn (obie kończyny)	300,00 zł
3.	USG dopplerowskie tętnic kończyn (obie kończyny)	300,00 zł
4.	USG dopplerowskie żył i tętnic kończyn (jedna kończyna)	300,00 zł
5.	USG dopplerowskie żył kończyn (jedna kończyna)	150,00 zł
6.	USG dopplerowskie tętnic kończyn (jedna kończyna)	150,00 zł
7.	USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej	150,00 zł
8.	USG dopplerowskie tętnic szyjnych i kręgowych	150,00 zł
9.	USG dopplerowskie tętnic nerkowych	200,00 zł
10.	USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)	120,00 zł
11.	USG jąder	120,00 zł
12.	USG piersi	120,00 zł
13.	USG przewodu pokarmowego i jamy brzusznej	120,00 zł

14.	USG przezciemiączkowe u dzieci	120,00 zł
15.	USG tarczycy	120,00 zł
16.	USG ślinianek	120,00 zł
17.	USG opłucnej	120,00 zł
18.	USG tkanek miękkich	120,00 zł
19.	USG układu moczowego	120,00 zł
20.	USG węzłów chłonnych	120,00 zł
21.	USG ginekologiczne	120,00 zł
22.	USG ciąży	100,00 zł
23.	USG ciąży mnogiej	120,00 zł
24.	Echo serca	120,00 zł

PRACOWNIA EKG I BADAŃ WYSIŁKOWYCH ORAZ HOLTER

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	Próba wysiłkowa	140,00 zł
2.	Holter 24 godz. EKG	130,00 zł
3.	Holter EKG każda kolejna doba	100,00 zł
4.	Holter 24 godz. RR	130,00 zł

CMR – GABINET ZABIEGOWY

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	Iniekcja śródskórna	20,00 zł
2.	Iniekcja podskórna	20,00 zł
3.	Iniekcja domięśniowa	20,00 zł
4.	Wykonanie prób uczuleniowych (penicylina) z odczytem	20,00 zł
5.	EKG	50,00 zł
6.	Opatrunek na ranę - mały	20,00 zł
7.	Opatrunek na ranę - duży	30,00 zł
8.	POMIAR RR	20,00 zł
9.	POMIAR GLIKEMII	20,00 zł
10.	Wlewy dożylne (w tym kroplówka w zależności od ilości, koszty materiałów)	50,00 zł

CENNIK OPŁAT ZA PORADY UDZIELONE W PORADNIACH AOS

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	Poradnia Diabetologiczna	100,00 zł
2.	Poradnia Endokrynologiczna	100,00 zł
3.	Poradnia Gastrologiczna	100,00 zł
4.	Poradnia Kardiologiczna	100,00 zł

5.	Poradnia Nefrologiczna	100,00 zł
6.	Poradnia Chorób Płuc	100,00 zł
7.	Poradnia Reumatologiczna	100,00 zł
8.	Poradnia Chirurgii Ogólnej	110,00 zł
9.	Poradnia Neonatologiczna	100,00 zł
10.	Poradnia Urologiczna	100,00 zł
11.	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	110,00 zł
12.	Poradnia Preluksacyjna	100,00 zł
13.	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	100,00 zł
14.	Poradnia Rehabilitacyjna	100,00 zł
15.	Poradnia Neurologiczna	100,00 zł
16.	Poradnia Logopedyczna	100,00 zł
17.	Poradnia Zdrowia Psychicznego	100,00 zł
18.	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu	100,00 zł
19.	Poradnia POZ	100,00 zł

Powyższe ceny dotyczą porad niezabiegowych i nie zawierają kosztów zleconych badań diagnostycznych – w przypadku ich wykonania do kosztów porady należy doliczyć koszt badania (wycena w oparciu o odpowiedni cennik).

Wycena udzielonych PORAD ZABIEGOWYCH w poradniach specjalistycznych dokonywana jest w oparciu o katalog świadczeń zabiegowych stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozliczenie odbywa się w oparciu o funkcjonujący system elektroniczny.

BADANIA LABORATORYJNE

	Według cennika podwykonawcy	Cena + 20%

TRANSPORT SANITARNY

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ) za 1 km
1.	Transport ambulansem transportowym	80,00 zł opłata za pierwszą i każdą rozpoczętą godzinę transportu + 4,00zł/km

W przypadku transportu przy udziale podwykonawcy- koszt transportu obliczany wg. cennika podwykonawcy.

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ (RTG)

Lp.	RODZAJ BADANIA	CENA (ZŁ BRUTTO)
1.	RTG czaszki - PA i boczne	60,00 zł
2.	RTG dłonie - AP i boczne	80,00 zł
3.	RTG dłoni - AP	50,00 zł
4.	RTG jamy brzusznej	60,00 zł
5.	RTG klatki piersiowej - inne	80,00 zł
6.	RTG klatki piersiowej - PA	60,00 zł
7.	RTG klatki piersiowej boczne	60,00 zł
8.	RTG klatki piersiowej - PA i boczne	80,00 zł
9.	RTG kości krzyżowej - PA i boczne	60,00 zł
10.	RTG kości krzyżowej - PA	50,00 zł
11.	RTG kości nosowej	60,00 zł
12.	RTG kości łonowej	60,00 zł
13.	RTG kości piętowej boczne i osiowe	60,00 zł
14.	RTG kości piętowej boczne	50,00 zł
15.	RTG kości piętowych boczne	60,00 zł
16.	RTG kości piętowych boczne i osiowe	80,00 zł
17.	RTG kości przedramienia - AP	50,00 zł
18.	RTG kości przedramienia - AP i boczne	60,00 zł
19.	RTG kości ramienia - AP	50,00 zł
20.	RTG kości ramienia - AP i boczne	60,00 zł
21.	RTG kości udowej - AP	50,00 zł
22.	RTG kości udowej - AP i boczne	60,00 zł
23.	RTG kręgosłupa C - AP i boczne	80,00 zł
24.	RTG kręgosłupa C - boczne	60,00 zł
25.	RTG kręgosłupa L-S	80,00 zł
26.	RTG kręgosłupa L-S boczne lub AP	60,00 zł
27.	RTG kręgosłupa TH	80,00 zł
28.	RTG kręgosłupa TH - AP lub boczne	60,00 zł
29.	RTG kręgosłupa TH-L boczne i AP	120,00 zł
30.	RTG kręgosłupa TH-L AP	80,00 zł
31.	RTG łopatki - AP	50,00 zł
32.	RTG łopatki - AP i boczne	60,00 zł
33.	RTG miednicy - AP	60,00 zł
34.	RTG mostka - AP	50,00 zł
35.	RTG mostka - AP i boczne	60,00 zł
36.	RTG nadgarstka - PA	50,00 zł
37.	RTG nadgarstka - PA i boczne	60,00 zł
38.	RTG nadgarstka - PA, boczne i skośne	80,00 zł
39.	RTG nadgarstków boczne	50,00 zł
40.	RTG nadgarstków - PA i boczne	60,00 zł

41.	RTG nadgarstków - PA, boczne i skośne	80,00 zł
42.	RTG obojczyka	60,00 zł
43.	RTG oczodołów - AP	50,00 zł
44.	RTG oczodołów - AP i boczne	60,00 zł
45.	RTG - palce dłoni lub stopy	60,00 zł
46.	RTG podudzie lub podudzia - AP	60,00 zł
47.	RTG podudzie lub podudzia - AP i boczne	80,00 zł
48.	RTG rzepki - AP	50,00 zł
49.	RTG rzepki - AP i osiowe	60,00 zł
50.	RTG siodełka tureckiego	60,00 zł
51.	RTG stawu barkowego - AP	60,00 zł
52.	RTG stawu barkowego - AP i osiowe	80,00 zł
53.	RTG stawu barkowego - AP + Y	80,00 zł
54.	RTG stawów barkowych - AP	60,00 zł
55.	RTG stawów barkowych - AP i osiowe	80,00 zł
56.	RTG stawu biodrowego - AP lub osiowe	60,00 zł
57.	RTG stawu biodrowego - AP i osiowe	80,00 zł
58.	RTG stawów biodrowych - AP lub osiowe	60,00 zł
59.	RTG stawów biodrowych - AP i osiowe	80,00 zł
60.	RTG stawów kolanowych - AP	50,00 zł
61.	RTG stawów kolanowych – AP i boczne	80,00 zł
62.	RTG stawu kolanowego - AP	50,00 zł
63.	RTG stawu kolanowego - AP i boczne	60,00 zł
64.	RTG stawu krzyżowo-biodrowego - AP	60,00 zł
65.	RTG stawów krzyżowo-biodrowych - AP	60,00 zł
66.	RTG stawów krzyżowo-biodrowych – AP i skośne	80,00 zł
67.	RTG stawu łokciowego - AP lub boczne	50,00 zł
68.	RTG stawu łokciowego - AP i boczne	60,00 zł
69.	RTG stawów łokciowych	80,00 zł
70.	RTG stawu skokowego - AP	50,00 zł
71.	RTG stawu skokowego - AP i boczne	60,00 zł
72.	RTG stawów skokowych - AP	60,00 zł
73.	RTG stawów skokowych - AP i boczne	80,00 zł
74.	RTG stopy - AP	50,00 zł
75.	RTG stopy - AP i boczne	60,00 zł
76.	RTG stóp - AP	50,00 zł
77.	RTG stóp - AP i skośne	80,00 zł
78.	RTG twarzoczaszki p-a	60,00 zł
79.	RTG ucha lub uszu – „Schullera", „Stenversea"	60,00 zł
80.	RTG zatok - PA	50,00 zł
81.	RTG żeber - PA	60,00 zł
82.	RTG żeber – PA i skośne	80,00 zł

83.	RTG żuchwy - AP	60,00 zł
84.	RTG żuchwy - AP i skośne	80,00 zł
85.	Zdjęcie celowane AP	60,00 zł
86.	Zdjęcie celowane AP i boczne	80,00 zł
87.	Posturalne kręgosłupa	180,00 zł
88.	Posturalne kończyn	180,00 zł

PRACOWNIA ENDOSKOPOWA

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań HIST-PAT)	300,00 zł
2.	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test urazowy)	195,00 zł
3.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie HIST-PAT)	280,00 zł
4.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem HIST-PAT)	1000,00 zł
5.	Kolonoskopia diagnostyczna	370,00 zł
6.	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z bad. HIST-PAT)	500,00 zł

PRACOWNIA EEG

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	EEG z opisem dorośli	160,00 zł
2.	EEG z opisem dzieci	170,00 zł

PRACOWNIA SPIOROMETRYCZNA

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	Spirometria	60,00 zł
2.	Spirometria z próbą rozkurczową	80,00 zł

PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)

1.	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	240,00 zł
2.	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350,00 zł
3.	TK oczodołów bez wzmocnienia kontrastowego	240,00 zł
4.	TK zatok bez wzmocnienia kontrastowego	240,00 zł
5.	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	300,00 zł
6.	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	450,00 zł
7.	TK jamy brzusznej i miednicy bez wzmocnienia kontrastowego	300,00 zł
8.	TK jamy brzusznej i miednicy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	500,00 zł
9.	TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	250,00 zł
10.	TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	250,00 zł
11.	TK kręgosłupa lędźwiowego bez wzmocnienia kontrastowego	250,00 zł
12.	TK kończyn bez wzmocnienia kontrastowego	250,00 zł
13.	TK kończyn bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350,00 zł
14.	TK angio (badanie naczyń)	600,00 zł
15.	TK angio – głowy (tętnic okolicy koła Willisa)	500,00 zł
16.	TK angio tętnic płucnych (angiografia gałęzi tętnic płucnych z oceną zatorowości płucnej)	500,00 zł
17.	TK kości lub tkanek miękkich (z oceną w rekonstrukcjach 3D)	220,00 zł

BADANIA ELEKTROFIZJOLOGICZNE i EMG

Lp.	NAZWA BADANIA	CENA (ZŁ)
1.	Przewodzenie we włóknach ruchowych nerwu obwodowego + fala F Neurografia	62,00 zł
2.	Przewodzenie we włóknach czuciowych nerwu obwodowego	62,00 zł
3.	Badanie nerwu ruchowego/czuciowego metodą krótkich sygnałów	100,00 zł
4.	Badanie ilościowe jednego mięśnia elektrodą koncentryczną wykonanie + igła jednorazowa EMG	98,00 zł
5.	Elektrostymulacja, próba męczliwości 1 mięśnia	140,00 zł
6.	Badanie odruchu mrugania (blinx relax) BR	100,00 zł

7.	Somatosensoryczne potencjały wywoływane przy stymulacji kończyn górnych SEP (SSEP)	98,00 zł
8.	Somatosensoryczne potencjały wywoływane przy stymulacji kończyn dolnych SEP	98,00 zł
9.	Wzrokowe potencjały wywołane (VEP)	108,00 zł
10.	Słuchowe potencjały wywołane (BAEP)	108,00 zł
11.	Diagnostyka polineuropatii	390,00 zł
12.	Diagnostyka SLA	390,00 zł
13.	Próba ischemiczna + igła jednorazowa EMG	140,00 zł

IZBA PRZYJĘĆ

W skład poniższych świadczeń i ich wyceny wchodzi cena materiałów jednorazowego użytku, leków, pracy personelu

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA (ZŁ)
1.	Porada lekarska specjalistyczna	110,00 zł
2.	Opieka pielęgniarska pierwsza godzina	60,00 zł
3.	Opieka pielęgniarska każda kolejna godzina	30,00 zł
4.	Szycie i zaopatrzenie rany powierzchownej do 4 cm	115,00 zł
5.	Szycie i zaopatrzenie rany powierzchownej powyżej 4 cm	250,00 zł
6.	Szycie rany powikłanej	150,00 zł
7.	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej długości powyżej 4 cm	115,00 zł
8.	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej długości poniżej 4 cm	85,00 zł
9.	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej	125,00 zł
10.	Usunięcie szwów	42,00 zł
11.	Chirurgiczne opracowanie rany prostej do 5 cm do 10 cm	144,00 zł
12.	Chirurgiczne opracowanie rany dużej, głębokiej, powikłanej	300,00 zł
13.	Nakłucie krwiaka lub ropnia z opracowaniem	144,00 zł
14.	Nacięcie/drenaż skóry/tkanki podskórnej – inne	165,00 zł
15.	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej z nacięciem	110,00 zł
16.	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki/ wycięcie martwiczej tkanki	46,00 zł
17.	Wstępne zaopatrzenie oparzenia I/II stopnia	77,00 zł
18.	Wstępne zaopatrzenie oparzenia III stopnia lub dużej powierzchni	110,00 zł
19.	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obrąbka naskórkowego ze znieczuleniem miejscowym	180,00 zł

20.	Podanie płynów infuzyjnych	50,00 zł
21.	Nastawienie barku bez komplikacji	170,00 zł
22.	Nastawienie barku lub innych dużych stawów, wymagające znieczulenia – w tym konsultacja anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej	720,00 zł
23.	Nastawienie złamania małych kości (w tym koszt znieczulenia miejscowego, lekarz)	240,00 zł
24.	Nastawienie złamania dużych kości (w tym koszt znieczulenia, lekarz)	433,00 zł
25.	Nastawienie zwichnięcia małego stawu bez znieczulenia	300,00 zł
26.	Nastawienie zwichnięcia dużego stawu bez znieczulenia	480,00 zł
27.	Pobranie krwi do badania laboratoryjnego	24,00 zł
28.	Punkcja jamy brzusznej	80,00 zł
29.	Punkcja stawu, krwiaka, torbieli, cysty, ganglionu	144,00 zł
30.	Założenie małego gipsu	80,00 zł
31.	Założenie średniego gipsu	155,00 zł
32.	Założenie dużego gipsu	600,00 zł
33.	Założenie longety gipsowej	120,00 zł
34.	Przecięcie gipsu	60,00 zł
35.	Założenie szyny palcowej (szyna, bandaż)	65,00 zł
36.	Usunięcie opatrunku gipsowego	30,00 zł
37.	Zdjęcie gipsu	30,00 zł
38.	Założenie kołnierza szyjnego	104,00 zł
39.	Wymiana cewnika Foleya	54,00 zł
40.	Założenie cewnika Foleya	68,00 zł
41.	Cewnikowanie pęcherza moczowego	50,00 zł
42.	Usunięcie cewnika	30,00 zł
43.	Lewatywa (gotowa enema, rękawiczki)	66,00 zł
44.	Założenie opatrunku na ranę – opatrunek duży	90,00 zł
45.	Założenie opatrunku na ranę – opatrunek mały	36,00 zł
46.	Zmiana opatrunku małego	55,00 zł
47.	Zmiana opatrunku dużego	68,00 zł
48.	Znieczulenie miejscowe/nasiękowe	110,00 zł
49.	Iniekcja podskórna	22,00 zł
50.	Iniekcja domięśniowa	24,00 zł
51.	Iniekcja dożylna	33,00 zł
52.	Założenie venflonu	20,00 zł
53.	Płukanie żołądka	110,00 zł
54.	Sondowanie żołądka	180,00 zł
55.	EKG	50,00 zł
56.	Pulsoksymetria	20,00 zł
57.	Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	20,00 zł

58.	Odprowadzenie przepukliny	84,00 zł
59.	Ręczne wydobycie kamieni kałowych	180,00 zł
60.	Kąpiel pacjenta	97,00 zł
61.	Badania laboratoryjne wg cennika podwykonawcy	Cena+20%

INNE PŁATNOŚCI / BADANIA

Lp.	NAZWA USŁUGI	CENA (ZŁ)
1.	Zaświadczenie lekarskie z każdej poradni specjalistycznej	80,00 ZŁ
2.	Konsultacje lekarskie z oddziałów szpitalnych	120,00 ZŁ
3.	Cystoskopia	360,00 ZŁ
4.	Cytologia ginekologiczna	45,00 ZŁ
5.	Badanie kardiotokograficzne (KTG)	60,00 zł

PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Lp.	RODZAJ BADANIA	CENA (ZŁ BRUTTO)
1.	RM barku bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
2.	RM biodra bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
3.	RM biodra bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
4.	RM Cholangiografia	480,00 zł
5.	RM dłoni bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
6.	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00 zł
7.	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	480,00 zł
8.	RM jamy brzusznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
9.	RM jamy brzusznej bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł
10.	RM kolana bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
11.	RM kolana bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
12.	RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
13.	RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
14.	RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
15.	RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
16.	RM kręgosłupa lędźwiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00 zł
17.	RM kręgosłupa lędźwiowego bez wzmocnienia kontrastowego	480,00 zł
18.	RM kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00 zł
19.	RM kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	480,00 zł
20.	RM kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00 zł
21.	RM kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	480,00 zł
22.	RM łokcia bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
23.	RM łokcia bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł

24.	RM miednicy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
25.	RM miednicy bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł
26.	RM nadgarstka bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
27.	RM nadgarstka bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
28.	RM nerek bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
29.	RM nerek bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł
30.	RM oczodołów bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
31.	RM prostaty bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
32.	RM prostaty bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł
33.	RM stawów krzyżowo-biodrowych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
34.	RM stawów krzyżowo-biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
35.	RM stawu skokowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
36.	RM stawu skokowego bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
37.	RM stopy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
38.	RM stopy bez wzmocnienia kontrastowego	520,00 zł
39.	RM trzustki bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
40.	RM trzustki bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł
41.	RM wątroby bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	690,00 zł
42.	RM wątroby bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

Wycena świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom nieuprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest dokonywana w oparciu o aktualnie obowiązujące katalogi świadczeń określone zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie

mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik nr 6
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
wprowadzonego Zarządzeniem nr 50/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 20 kwietnia 2023 r.

CENNIK
USŁUG W ZAKRESIE WYKONYWANIA KSEROKOPII W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBARTOWIE

wprowadzony Zarządzeniem nr 7/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 10 stycznia 2023 r.

Rodzaj usługi	Cena jednostkowa netto w zł
Strona A4 jednostronna	0,50 zł
Kartka A4 dwustronna	0,70 zł

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik nr 7
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
wprowadzonego Zarządzeniem nr 50/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 20 kwietnia 2023 r.

CENNIK
USŁUG STERYLIZACJI SPRZĘTU W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBARTOWIE

wprowadzony Zarządzeniem nr 1/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 3 stycznia 2023 r.

Rodzaj usługi	Cena jednostkowa netto w zł
Pakiet duży (60 cm x 40 cm)	40,00 zł
Pakiet średni (50 cm x 30 cm)	30,00 zł
Pakiet mały (30 cm x 15 cm)	25,00 zł
Pojedyncze narzędzia (15 cm x 10 cm)	20,00 zł
Zestaw (kontener) duży	60,00 zł
Zestaw (kontener) mały	45,00 zł

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
mgr Mirosław Makarewicz

Załącznik nr 5
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
wprowadzonego Zarządzeniem nr 50/2023 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 20 kwietnia 2023 r.

CENNIK
OPŁAT ZA WYDAWANIE ORZECZEŃ, ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH, INFORMACJI DLA PACJENTÓW ORAZ INSTYTUCJI I ZAKŁADÓW UBEZPIECZENIOWYCH O STANIE ZDROWIA PACJENTÓW

wprowadzony Zarządzeniem nr 39/2020 Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
w dniu 1 lipca 2020 r.

1. opłata **w kwocie 98,40 zł brutto** za wydawanie:
   1) orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wydawanych na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane:
      a. z dalszym leczeniem,
      b. rehabilitacją,
      c. niezdolnością do pracy,
      d. kontynuowaniem nauki,
      e. uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku,

   a także jeżeli nie są wydawane dla celów:
      a. pomocy społecznej,
      b. wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej,
      c. orzecznictwa o niepełnosprawności,
      d. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
      e. ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie
   2) zaświadczeń lekarskich lub zaświadczeń wystawianych przez położną, wydawanych na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.
2. opłata **w kwocie 75,03 zł brutto** za udzielenie zakładowi ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia określonych w art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w §2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2016 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, na żądanie lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń na drukach/formularzach zakładów ubezpieczeń.

3. opłata **w kwocie 75,03 zł brutto**, pobieranej na podstawie art. 16 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. za wydanie orzeczenia lub zaświadczenia na zlecenie prokuratury lub sądu w związku z postepowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych ustaw.
4. opłata w kwocie **200,00 zł brutto** za badanie lekarskie osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców na podstawie §1.2a oraz § 13.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2014 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie

mgr Mirosław Makarewicz