

Regulamin Organizacyjny

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

W oparciu o art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ustala się następujące zasady dotyczące sposobu i warunków procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie.

CZĘŚĆ I

Postanowienia ogólne

ROZDZIAŁ I

Status, cele i zadania jednostki

§ 1

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, zwany dalej USK Nr 4 w Lublinie, jest jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną zarejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000004937 oraz w rejestrze Wojewody Lubelskiego – księga rejestrowa Nr 000000018592, o statusie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

§ 2

Podmiotem tworzącym USK Nr 4 w Lublinie jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

§ 3

Siedzibą USK Nr 4 w Lublinie jest miasto Lublin.

§ 4

USK Nr 4 w Lublinie działa w oparciu o następujące przepisy prawne:

- 1) ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 3) ustawę z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,
- 4) ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
- 5) ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 6) Statut USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) Regulamin Pracy,
- 8) Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy,
- 9) niniejszy Regulamin,
- 10) inne wewnętrzne akty prawne (zarządzenia, instrukcje, regulaminy),
- 11) inne ogólnie obowiązujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej akty prawne.

§ 5

Podstawowym zadaniem USK Nr 4 w Lublinie jest:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych: ambulatoryjnych i stacjonarnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń specjalistycznych i wysokospecjalistycznych, w ramach specjalności reprezentowanych przez jednostki i komórki organizacyjne,
- 2) udział w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,
- 3) współudział w organizowaniu i prowadzeniu szkolenia przygotowującego do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonalenia zawodowego kadr lekarskich, pielęgniarskich, słuchaczy szkół medycznych i innych zawodów w zakresie określonym w odrębnych przepisach.
- 4) wykonywanie innych zadań wynikających z określonych przepisów, bądź zleconych przez organ nadrzędny,
- 5) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,

- 6) prowadzenie działalności mającej na celu profilaktykę zdrowotną,
- 7) prowadzenie działalności administracyjno-ekonomicznej, technicznej i gospodarczej,
- 8) utrzymywanie bazy oraz prawidłowa eksploatacja środków trwałych i nietrwałych.

§ 6

1. USK Nr 4 w Lublinie może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie określonym w Statucie.
2. Prowadzenie działalności gospodarczej nie ogranicza dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych.

§ 7

1. Jednostki organizacyjne USK Nr 4 w Lublinie tworzy, łączy i przekształca Dyrektor Szpitala o ile nie ogranicza to poszczególnych rodzajów działalności Szpitala i udzielanych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem Klinik działających na bazie oddziałów Szpitala.
2. Sprawy związane z przekształceniem Szpitala, dotyczące działalności podstawowej Szpitala, wymagają zgody Rektora i Senatu UM.

ROZDZIAŁ II

Rodzaje działalności leczniczej, zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych oraz struktura organizacyjna USK

Nr 4 w Lublinie

§ 8

1. USK Nr 4 w Lublinie udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) opieki stacjonarnej i całodobowej ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń w zakresie: chirurgii, medycyny ratunkowej, chirurgii klatki piersiowej, neurochirurgii i neurochirurgii dziecięcej, otorynolaryngologii, urologii, ortopedii, traumatologii, kardiologii, gastroenterologii, chemioterapii, onkologii, nefrologii, chorób płuc i gruźlicy, neurologii, ginekologii operacyjnej, ginekologii, położnictwa i perinatologii, rehabilitacji, anestezjologii i intensywnej terapii, endokrynologii, reumatologii, kardiochirurgii, sztucznej nerki, noworodków, intensywnej opieki noworodka oraz przeszczepów nerki w oddziale chirurgii i transplantacji, wszczepiania stymulatorów w oddziale kardiologii, chirurgii naczyniowej, rehabilitacji poudarowej, rehabilitacji neurologicznej, transplantologii, rehabilitacji kardiologicznej, embolizacji, arteriografii naczyniowej, angioplastyki, bronchoskopii, kardiologii interwencyjnej, rehabilitacji pulmonologicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, intensywnej terapii kardiochirurgicznej, elektrokardiologii, elektroterapii, hemodynamiki, alergologii, hepatologii, chorób wewnętrznych, onkologii ginekologicznej, onkologii pulmonologicznej, onkologii laryngologicznej, audiologii, foniatrii,
- 2) opieki ambulatoryjnej:
 - a) w zakresie ginekologii, kardiologii, otolaryngologii, torakochirurgii, gastrologii, reumatologii, endokrynologii, nefrologii, neurologii, urologii, ortopedii, chirurgii, rehabilitacji, gruźlicy i chorób płuc, neurochirurgii, medycyny pracy, podstawowej opieki zdrowotnej, neonatologii, transplantacji nerek, onkologii, leczenia żywieniowego, rehabilitacji leczniczej, leczenia bólu, genetyki, chirurgii naczyń, alergii oddechowej, foniatrii, audiologii, kardiochirurgii, diabetologii, onkologii ginekologicznej,
 - b) w zakresie badań: rtg, tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego, Dopplerowskich i ultrasonografii, badań elektroencefalograficznych, diagnostyki przewodu pokarmowego, ultrasonografii Doppler duplex, elektrofizjologii, kontroli stymulatorów i kardiowerterów – stymulatorów serca, badań histopatologicznych, badań molekularnych i immunologicznych, badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

§ 9

1. W skład Szpitala wchodzi następujące komórki organizacyjne działalności medycznej:

1) Oddziały:

- a) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego;
- b) Kliniczny Oddział Transplantologii;

- c) Kliniczny Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej;
- d) Kliniczny Oddział Neurochirurgii;
- e) Kliniczny Oddział Otorynolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii;
- f) Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej;
- g) Kliniczny Oddział Ortopedii i Traumatologii;
- h) Kliniczny Oddział Rehabilitacji;
- i) Kliniczny Oddział Rehabilitacji Neurologicznej;
- j) Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych;
- k) Kliniczny Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
- l) Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki;
- m) Kliniczny Oddział Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych;
- n) Pododdział Wzmoczonej Opieki Pulmonologicznej i Postcovidowej;
- o) Kliniczny Oddział Neurologii;
- p) Kliniczny Oddział Udarowy i Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej;
- q) Kliniczny Oddział Rehabilitacji Neurologicznej II;
- r) Kliniczny Oddział Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej;
- s) Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa;
- t) Kliniczny Oddział Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety;
- u) Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka;
- v) Kliniczny Oddział Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych;
- w) Kliniczny Oddział Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Chorób Wewnętrznych;
- x) Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- y) Pododdział Intensywnej Terapii Kardiologicznej;
- z) Kliniczny Oddział Chirurgii Naczyniowej;
- aa) Oddział Onkologii Klinicznej i Chemioterapii;
- bb) Kliniczny Oddział Ratunkowy;
- cc) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii;
- dd) Oddział Medycyny Nuklearnej;
- ee) Oddział Wieloprofilowy Zachowawczy;
- ff) Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiologii:
 - Kliniczny Oddział Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej,
 - Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej z Ośrodkiem Umiarowań,
 - Kliniczny Oddział Kardiologii Inwazyjnej,
 - Kliniczny Oddział Elektrokardiologii,
 - Kliniczny Oddział Kardiologii;

2) Zakłady i Pracownie:

- a) Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej;
- b) Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii;
- c) Zakład Fizjoterapii;
- d) II Zakład Fizjoterapii;
- e) Zakład Patomorfologii;
- f) Pracownia Ultrasonografii;
- g) Pracownia Tomografii Komputerowej;
- h) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;

- i) Pracownia Endoskopii;
 - j) Pracownia Bronchoskopii;
 - k) Pracownia EEG;
 - l) Pracownia Neurochemii i Biologii Molekularnej;
 - m) Pracownia Hemodynamiki;
 - n) Pracownia Elektrofizjologii;
 - o) Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki i Ambulatoryjnej Opieki Kardiologicznej;
 - p) Pracownia Elektroterapii;
 - q) Pracownia Wad Strukturalnych Serca;
 - r) Pracownia Telekardiologii;
 - s) Pracownia Mechanicznego Wspomagania Krążenia;
- 3) Poradnie Specjalistyczne:
- a) Ginekologiczno-Położnicza i Onkologii Ginekologicznej;
 - b) Kardiologiczna;
 - c) Otolaryngologiczna;
 - d) Foniatryczna;
 - e) Audiologiczna;
 - f) Chirurgii Naczyniowej;
 - g) Alergii Oddechowej;
 - h) Chirurgii Klatki Piersiowej;
 - i) Kardiochirurgiczna;
 - j) Gastroenterologiczna;
 - k) Neonatologiczna;
 - l) Reumatologiczna;
 - m) Endokrynologiczna;
 - n) Diabetologiczna;
 - o) Nefrologiczna;
 - p) Neurologiczna;
 - q) Urologiczna;
 - r) Ortopedyczna;
 - s) Chirurgii Ogólnej;
 - t) Rehabilitacyjna;
 - u) Gruźlicy i Chorób Płuc;
 - v) Neurochirurgiczna;
 - w) Medycyny Pracy;
 - x) Transplantacji Nerek;
 - y) Onkologiczna;
 - z) Leczenia Żywieniowego;
 - aa) Leczenia Bólu;
 - bb) Genetyczna;
 - cc) Chirurgii Plastycznej;
 - dd) Immunologiczna i Chorób Rzadkich;
 - ee) Hematologiczna;
- 4) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej:
- a) Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej,
 - c) Położna podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) Gabinety diagnostyczno-zabiegowe;

- 6) Izby Przyjęć:
 - a) Planowa,
 - b) Ginekologiczno-Położnicza;
 - 7) Blok Operacyjny;
 - 8) Ośrodek kwalifikujący do przeszczepiania nerek;
 - 9) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej;
 - 10) Ośrodki Opieki Pozaszpitalnej:
 - a) Ośrodek Rehabilitacji Diennej,
 - b) Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej;
 - 11) Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego;
 - 12) Dział Krwiolecznictwa:
 - a) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
 - b) Bank Krwi;
 - 13) Apteka:
 - a) Pracownia Leków Cytostatycznych;
 - 14) Centrum Innowacyjnych Terapii;
 - 15) Dział Dietetyki;
 - 16) Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna;
 - 17) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:
 - a) Punkt Pobrań Materiału do Badań Laboratoryjnych,
 - b) Pracownia Analityki Ogólnej,
 - c) Pracownia Hematologii i Koagulologii,
 - d) Pracownia Biochemii i Immunochemii,
 - e) Pracownia Immunologii,
 - f) Pracownia Mikrobiologii;
2. Na bazie jednostek, o których mowa w ust. 1, działają Kliniki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie:
- 1) I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego;
 - 2) Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej;
 - 3) Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej;
 - 4) Klinika Kardiochirurgii;
 - 5) Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej;
 - 6) Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej;
 - 7) Klinika Ortopedii i Traumatologii;
 - 8) Klinika Rehabilitacji;
 - 9) Klinika Kardiologii;
 - 10) Klinika Gastroenterologii i Hepatologii z Pracownią Endoskopową;
 - 11) Klinika Nefrologii;
 - 12) Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii;
 - 13) Klinika Neurologii;
 - 14) II Klinika Ginekologii;
 - 15) III Klinika Ginekologii;
 - 16) Klinika Położnictwa i Perinatologii;
 - 17) Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych;
 - 18) Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej;
 - 19) I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - 20) Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii;
 - 21) Klinika Chirurgii Naczyniowej.

3. W skład Szpitala wchodzi również komórki działalności ekonomiczno-administracyjnej, organizacyjno-prawnej, technicznej i obsługi.
4. Strukturę organizacyjną Szpitala określa załącznik do Statutu.

§ 10

Świadczenia zdrowotne udzielane są w kompleksie obiektów zlokalizowanych w Lublinie przy ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8.

ROZDZIAŁ III

Zarządzanie USK Nr 4 w Lublinie, sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi

1. Dyrektor Naczelny

§ 11

1. USK Nr 4 w Lublinie kieruje oraz zarządza jednoosobowo i reprezentuje na zewnątrz Dyrektor.
2. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące USK Nr 4 w Lublinie, z wyjątkiem spraw przekazanych kompetencyjnie Zastępcom:
 - 1) ds. Finansów i Rozwoju,
 - 2) ds. Medycznych,
 - 3) ds. Infrastruktury i Inwestycji,
 - 4) ds. Zasobów i Logistyki.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za wydane decyzje związane z zarządzaniem jednostką.
4. W czasie nieobecności Dyrektora jego obowiązki przejmuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
5. Dyrektor zarządza USK Nr 4 w Lublinie, współdziałając z Radą Społeczną w zakresie spraw zastrzeżonych dla jej kompetencji opiniodawczej.

§ 12

1. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) organizowanie pracy USK Nr 4 w Lublinie w sposób zapewniający realizację zadań statutowych,
 - 2) prawidłowe gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi,
 - 3) prawidłowe gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym USK Nr 4 w Lublinie do użytkowania,
 - 4) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
 - 5) współpraca z organizacjami związkowymi działającymi na terenie USK Nr 4 w Lublinie,
 - 6) występowanie w uzgodnieniu z Rektorem Uniwersytetu Medycznego w Lublinie o przydzielanie dotacji finansowych na realizację zadań inwestycyjnych.
2. Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie przysługuje prawo do przedstawiania Senatowi Uniwersytetu Medycznego w Lublinie opinii i wniosków w sprawach zastrzeżonych do kompetencji podmiotu tworzącego, a wywołującymi skutki w sferze związanej z zarządzaniem USK Nr 4 w Lublinie, na warunkach i w trybie określonym w Statucie Uniwersytetu.

§ 13

1. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników USK Nr 4 w Lublinie i określa im zakres czynności.
2. Dyrektorowi bezpośrednio podlegają komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
 - 1) Zastępcy,
 - 2) Naczelna Pielęgniarka,
 - 3) Główny Księgowy:
 - a) Dział Finansowo-Księgowy,
 - b) Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji,
 - 4) Dział Organizacyjno-Prawny:
 - a) Sekcja Radców Prawnych,
 - b) Sekcja Organizacyjna,
 - 5) Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji,
 - 6) Dział Audytu i Kontroli,
 - 7) Zespół Komunikacji i Promocji,
 - 8) Rzecznik Prasowy,
 - 9) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
 - 10) Centrum Innowacyjnych Terapii,
 - 11) Inspektorzy Ochrony Radiologicznej,
 - 12) Inspektor ds. Obrony Cywilnej,
 - 13) Zespół ds. BHP,
 - 14) Inspektor Ochrony Danych,
 - 15) Kapelan.
3. Pracowników na stanowiskach określonych w ust. 2 zatrudnia Dyrektor w trybie obowiązujących przepisów prawnych.

§ 14

Dyrektor bierze udział w postępowaniu mającym na celu powołanie Kierownika Kliniki, któremu może równocześnie powierzyć funkcję lekarza kierującego Oddziałem bez przeprowadzenia procedury konkursowej.

§ 15

Dyrektor jest uprawniony do wnioskowania do Senatu, za pośrednictwem Rektora, w sprawach związanych z przekształceniem USK Nr 4 w Lublinie, dotyczących działalności podstawowej USK Nr 4 w Lublinie.

§ 16

1. Dyrektor Szpitala powołuje Radę Klinikzną, która jest organem opiniodawczo-doradczym Dyrektora.
2. W skład Rady Klinicznej wchodzi Lekarze Kierujący Oddziałami oraz inne osoby kierujące komórkami organizacyjnymi działalności medycznej.
3. Radzie Klinicznej przewodniczy Dyrektor USK Nr 4 w Lublinie.
4. Do zadań Rady Klinicznej należy w szczególności przedstawianie Dyrektorowi Szpitala wniosków i opinii w sprawach:

- 1) koordynacji działań jednostek prowadzących działalność medyczną przez realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego oraz jego usprawnianiu,
 - 2) kierunków rozwoju świadczeń zdrowotnych i wdrażaniem nowatorskich metod diagnostyczno- leczniczych z uwzględnieniem oferty dydaktycznej Uniwersytetu,
 - 3) skupiania - realokacji potencjału jednostek działalności medycznej Szpitala,
 - 4) poziomu świadczeń zdrowotnych, o które aplikuje Szpital w procesie kontraktowania z NFZ z uwzględnieniem potencjału poszczególnych komórek działalności medycznej,
 - 5) dotyczących zasadności zakupu i realizacji nowych technologii na podstawie raportu przeprowadzenia procedury HB-HTA,
 - 6) innych sprawach wymagających konsultacji z Radą Klinikzną w ocenie Dyrekcji.
5. Członkowie Rady Klinicznej zobowiązani są do osobistego uczestnictwa w posiedzeniach Rady. Nie przysługują im uprawnienia do delegowania osób w zastępstwie w posiedzeniach Rady.
6. Organizowanie posiedzeń Rady Klinicznej odbywać się będzie nie rzadziej niż raz na kwartał.

2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju

§ 17

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju należy do osób zarządzających USK Nr 4 w Lublinie i działa z upoważnienia Dyrektora w zakresie przyznanych mu kompetencji.
2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju podlega Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.
3. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju umocowany jest na podstawie pełnomocnictwa Dyrektora do składania oświadczeń woli w imieniu USK Nr 4 w Lublinie w sprawach związanych z zarządzaniem jednostką w zakresie wynikającym z udzielonego przez Dyrektora pełnomocnictwa.
4. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych, ustawy o finansach publicznych i innych aktów prawnych mających zastosowanie w zakresie zleconych mu spraw.

§ 18

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju sprawuje nadzór nad działalnością finansowo-administracyjną USK Nr 4 w Lublinie.
2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju jest odpowiedzialny za prawidłową organizację pracy podległych mu komórek organizacyjnych.

§ 19

Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju podlegają komórki organizacyjne:

- 1) Dział Kontrolingu i Analiz,
- 2) Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych,
- 3) Dział Rozliczeń Usług Medycznych:
 - a) Sekcja Umów Kontraktowych,
 - b) Sekcja Leczenia Szpitalnego,

- c) Sekcja Świadczeń Ambulatoryjnych,
- 4) Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych,
- 5) Dział Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa,
- 6) Dział Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi,
- 7) Dział Wsparcia Informatycznego.

§ 20

Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju należy:

- 1) nadzór nad opracowywaniem budżetu USK Nr 4 w Lublinie oraz prawidłowa realizacja planu finansowego,
- 2) koordynowanie całokształtu spraw finansowych USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) raportowanie dla potrzeb Dyrektora, organu założycielskiego, banków i innych instytucji,
- 4) analiza wewnętrznych procesów i procedur operacyjnych, w tym ich monitorowanie pod kątem efektywności oraz przedstawianie Dyrektorowi propozycji optymalizacji,
- 5) administrowanie funduszami celowymi USK Nr 4 w Lublinie,
- 6) realizacja zadań cyklicznych i jednostkowych przypisanych lub zleconych dla pionu finansowo-administracyjnego,
- 7) dbałość o majątek USK Nr 4 w Lublinie oraz jego właściwe wykorzystanie,
- 8) planowanie oraz nadzór nad celowością wykorzystania środków finansowych,
- 9) proponowanie i wprowadzanie zmian usprawniających funkcjonowanie USK Nr 4 w Lublinie,
- 10) identyfikacja szans i zagrożeń dla USK Nr 4 w Lublinie, proponowanie metod ich wykorzystania lub wyeliminowania,
- 11) wprowadzanie innowacji organizacyjnych,
- 12) współtworzenie strategii rozwoju Szpitala,
- 13) planowanie, organizowanie, zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań przez podległych pracowników i podległe komórki organizacyjne oraz ich nadzór,
- 14) koordynacja pracy podległych komórek organizacyjnych z innymi jednostkami organizacyjnymi,
- 15) nadzór nad zgodnym z przepisami i terminowym wykonywaniem przez pracowników powierzonych im zadań i obowiązków oraz nadzór nad dyscypliną pracy,
- 16) informowanie przełożonego o ważniejszych problemach i wynikach pracy,
- 17) dokonywanie oceny pracy podległych pracowników oraz ich motywowanie,
- 18) planowanie, nadzór nad procesem podnoszenia kwalifikacji podległego personelu,
- 19) nadzór nad utrzymaniem jakości wykonywanej pracy zgodnie z ustalonymi standardami i procedurami,
- 20) ustalanie zakresów czynności, obowiązków i uprawnień podległych pracowników,
- 21) nadzór nad opracowywaniem sprawozdań i informacji przez podległe komórki organizacyjne w określonym zakresie i terminach,
- 22) egzekwowanie przestrzegania przez pracowników przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 23) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń medycznych, standardów akredytacyjnych oraz ISO,
- 24) stała analiza kształtowania się okresowych wskaźników ekonomicznych w zakresie realizacji planu finansowego, realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, norm finansowych i ich wzajemnej korelacji,
- 25) sporządzanie i przekazywanie informacji z zakresu kosztów,

- 26) nadzór nad kontrolami oraz opracowywanie zarządzeń pokontrolnych w oparciu o protokoły z kontroli zewnętrznej (np. Narodowy Fundusz Zdrowia, NIK, PIP, US), a także wynikających z wniosków z przeprowadzonych kontroli wewnętrznych,
- 27) w zakresie działalności administracyjno-gospodarczej nadzór dotyczący w szczególności
- a) realizacji zaopatrywania jednostek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie w sprzęt, materiały oraz inne środki niezbędne do ich funkcjonowania,
 - b) celowości i efektywności wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na zakupy,
 - c) prawidłowości i terminowości obiegu dokumentów między jednostkami USK Nr 4 w Lublinie i wychodzącymi na zewnątrz,
 - d) zasadności wykorzystywania środków transportowych,
 - e) utrzymywania pomieszczeń USK Nr 4 w Lublinie i jego otoczenia w należytej czystości i porządku,
- 28) w zakresie gospodarki żywnościowej – nadzorowanie efektywnego wykorzystywania kwot przeznaczonych na żywienie chorych.

§ 21

Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju nadzoruje realizację ustawy - Prawo zamówień publicznych oraz ustawy o finansach publicznych przez podległe mu jednostki organizacyjne.

§ 22

Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju wykonuje również inne czynności zlecone przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie, związane z przyznanymi mu kompetencjami.

3. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych

§ 23

1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych należy do osób zarządzających USK Nr 4 w Lublinie i działa z upoważnienia Dyrektora w zakresie przyznanych mu kompetencji.
2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podlega Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie i zastępuje go w razie jego nieobecności.
3. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych umocowany jest na podstawie pełnomocnictwa Dyrektora do składania oświadczeń woli w imieniu USK Nr 4 w Lublinie w sprawach związanych z zarządzaniem jednostką w zakresie wynikającym z udzielonego przez Dyrektora pełnomocnictwa.
4. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania przepisów ustawy – Prawo zamówień publicznych, ustawy o działalności leczniczej i innych aktów prawnych mających zastosowanie w zakresie zleconych mu spraw.

§ 24

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych sprawuje nadzór i ponosi odpowiedzialność za prawidłową organizację i jakość działalności leczniczej USK Nr 4 w Lublinie.

§ 25

Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych podlegają komórki organizacyjne i stanowiska pracy w pionie działalności leczniczej:

- 1) Oddziały Szpitalne,

- 2) Zakłady, Pracownie,
- 3) Izby Przyjęć: Planowa, Ginekologiczno-Położnicza,
- 4) Poradnie Specjalistyczne,
- 5) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- 6) Gabinety diagnostyczno-zabiegowe,
- 7) Ośrodki Opieki Pozaszpitalnej,
- 8) Ośrodek Kwalifikujący do Przeszczepiania Nerek,
- 9) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej,
- 10) Blok Operacyjny,
- 11) Apteka,
- 12) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne,
- 13) Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna,
- 14) Transfuzjolog Szpitalny,
- 15) Dział Krwiolecznictwa,
- 16) Dział Sterylizacji,
- 17) Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego,
- 18) Dział Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki,
- 19) Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej z Sekcją Statystyków Medycznych,
- 20) Dział Dietetyki,
- 21) Archiwum Centralne.

§ 26

Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych należy:

- 1) dbałość o prawidłową realizację celów strategicznych USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) sprawowanie nadzoru we współpracy z lekarzami kierującymi Oddziałami nad poziomem udzielanych świadczeń medycznych,
- 3) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną, prawidłowością jej sporządzania, obiegiem i udostępnianiem,
- 4) podejmowanie działań w kierunku zapobiegania i eliminowania zakażeń szpitalnych,
- 5) nadzór nad prawidłową gospodarką produktami leczniczymi,
- 6) nadzór nad opracowywaniem i stosowaniem procedur medycznych,
- 7) dbałość o prawidłowy stan sanitarno-epidemiologiczny komórek działalności leczniczej,
- 8) nadzór nad właściwym wyposażeniem w sprzęt medyczny,
- 9) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta,
- 10) nadzór nad prawidłowością orzecznictwa lekarskiego,
- 11) dbałość o stały rozwój zawodowy personelu medycznego, nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarza,
- 12) nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy zatrudnionego personelu medycznego,
- 13) podejmowanie inicjatyw w kierunku zwiększenia poziomu opieki nad pacjentem,
- 14) integrowanie działań Oddziałów z innymi jednostkami działalności medycznej (diagnostyką),
- 15) współpraca z Naczelną Pielęgniarką w zakresie opracowywania, udoskonalania standardów opieki pielęgniarskiej oraz szkolenia personelu pielęgniarskiego,
- 16) rozpatrywanie wniosków i skarg pacjentów oraz ich rodzin,
- 17) współudział w opracowywaniu budżetu USK Nr 4 w Lublinie w zakresie podległych komórek organizacyjnych,

- 18) nadzór merytoryczny nad realizacją przez szpital umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i innymi płatnikami,
- 19) nadzór merytoryczny we współdziałaniu z lekarzami kierującymi oddziałami nad realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 20) czynny udział w Zespołach problemowych związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta,
- 21) udział w negocjacjach związanych z kontraktowaniem świadczeń medycznych,
- 22) prowadzenie polityki Systemu Zarządzania Jakością w USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie i sprawowanie nad nią nadzoru,
- 23) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń medycznych, standardów akredytacyjnych oraz ISO,
- 24) współtworzenie strategii rozwoju Szpitala.

§ 27

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wykonuje również inne czynności zlecone przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie, związane z przyznanymi mu kompetencjami.

4. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji

§ 28

Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji należy do osób zarządzających USK Nr 4 w Lublinie z upoważnienia Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie i w granicach przyznanych mu kompetencji.

§ 29

1. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji podlega bezpośrednio Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie i odpowiada za prawidłową działalność podległych mu komórek organizacyjnych oraz za działania wynikające z pełnionej funkcji.
2. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji umocowany jest na podstawie pełnomocnictwa Dyrektora do składania oświadczeń woli w imieniu USK Nr 4 w Lublinie w sprawach związanych z zarządzaniem jednostką w zakresie wynikającym z udzielonego przez Dyrektora pełnomocnictwa.
3. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych, ustawy - Prawo budowlane i innych aktów prawnych mających zastosowanie w zakresie zleconych mu spraw.

§ 30

Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji podlegają komórki organizacyjne i stanowiska pionu działalności technicznej:

- 1) Dział Eksploatacyjny:
 - a) Sekcja Gospodarki Ciepłej,
 - b) Sekcja Remontowo-Budowlana,
 - c) Sekcja Elektryczna,
 - d) Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji,
- 2) Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji,

- 3) Dział Aparatury Medycznej:
 - a) Sekcja ds. Wyposażenia w Aparaturę Medyczną,
 - b) Sekcja ds. Serwisu Aparatury Medycznej,
- 4) Dział Usług Niemedycznych,
- 5) Dział Administracyjno-Gospodarczy,
- 6) Inspektor p. poż. i konserwator sprzętu.

§ 31

Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji należy w szczególności:

- 1) dbałość o właściwą realizację celów strategicznych USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) zapewnienie warunków prawidłowego funkcjonowania USK Nr 4 w Lublinie, a zwłaszcza zabezpieczenie stałego dopływu wody, gazu, energii elektrycznej, pary oraz odpowiedniej temperatury pomieszczeń,
- 3) organizowanie okresowych przeglądów budynków, urządzeń, instalacji, aparatury w celu oceny ich stanu technicznego, właściwej konserwacji,
- 4) opracowywanie planów remontów bieżących i kapitalnych obiektów i instalacji szpitalnych,
- 5) przeprowadzenie bieżących konserwacji urządzeń i obiektów oraz terminowej realizacji planu remontów,
- 6) zapewnienie ekspertyz i analiz stanu obiektów, urządzeń i instalacji technicznych,
- 7) nadzór nad realizacją zarządzeń organów kontroli technicznej, inspekcji pracy i ochrony p. poż.,
- 8) współudział w opracowaniu planu inwestycyjnego USK Nr 4 w Lublinie w zakresie podległych komórek organizacyjnych oraz nadzór na prawidłową i terminową jego realizacją,
- 9) współudział w opracowywaniu budżetu USK Nr 4 w Lublinie i nadzór nad prawidłowym wydatkowaniem środków finansowych w zakresie spraw technicznych oraz oszczędnego, racjonalnego i zgodnego z normami zużycia materiałów,
- 10) współtworzenie strategii rozwoju Szpitala,
- 11) organizowanie oraz nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych,
- 12) nadzór nad prowadzonymi inwestycjami, prawidłowym przebiegiem, rozliczenia inwestycji,
- 13) prowadzenie polityki Systemu Zarządzania Jakością w USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie i sprawowanie nad nią nadzoru,
- 14) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń medycznych, standardów akredytacyjnych oraz ISO,
- 15) nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków transportowych,
- 16) nadzór nad utrzymaniem pomieszczeń USK Nr 4 w Lublinie i jego otoczenia w należytym porządku i czystości.

§ 32

1. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji współpracuje z Zastępcami Dyrektora i Głównym Księgowym w zakresie nadzorowanych przez siebie prac.
2. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji składa bieżące informacje Dyrektorowi Szpitala z przebiegu realizacji powierzonych zadań w zakresie inwestycji i remontów.

§ 33

Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji zobowiązany jest do realizacji innych zadań zleconych przez Dyrektora, w zakresie przyznanych mu kompetencji.

5. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki

§ 34

1. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki należy do osób zarządzających USK Nr 4 w Lublinie i działa z upoważnienia Dyrektora w zakresie przyznanych mu kompetencji.
2. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki podlega Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.
3. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki umocowany jest na podstawie pełnomocnictwa Dyrektora do składania oświadczeń woli w imieniu USK Nr 4 w Lublinie w sprawach związanych z zarządzaniem jednostką w zakresie wynikającym z udzielonego przez Dyrektora pełnomocnictwa.
4. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych, ustawy o finansach publicznych i innych aktów prawnych mających zastosowanie w zakresie zleconych mu spraw.

§ 35

Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki jest odpowiedzialny za prawidłową organizację pracy podległych mu komórek organizacyjnych.

§ 36

Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki podlegają komórki organizacyjne:

- 1) Dział Kadr i Płac:
 - a) Sekcja Spraw Pracowniczych,
 - b) Sekcja Płac,
 - c) Sekcja Szkoleń,
- 2) Dział Zamówień Publicznych,
- 3) Dział Logistyki Szpitala,
- 4) Kancelaria Ogólna.

§ 37

Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki należy:

- 1) opracowywanie i realizacja strategii zarządzania zasobami ludzkimi, spójnej z celami szpitala,
- 2) koordynowanie procesów rekrutacyjnych i zatrudniania personelu,
- 3) tworzenie i wdrażanie polityki szkoleń, rozwoju zawodowego i planów ścieżek kariery dla personelu,
- 4) prowadzenie administracji spraw pracowniczych, tworzenie systemów ocen pracowniczych oraz wdrażanie systemów motywacyjnych,
- 5) budowanie zaangażowania zespołu oraz rozwój kultury organizacyjnej,
- 6) nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa pracy i standardów etycznych,
- 7) identyfikacja szans i zagrożeń dla Szpitala, proponowanie metod ich wykorzystania lub wyeliminowania,
- 8) współpraca z instytucjami rynku pracy i innymi firmami zewnętrznymi w zakresie realizacji projektów HR,

- 9) wprowadzanie innowacji organizacyjnych,
- 10) nadzór nad wyposażeniem medycznym i technicznym Szpitala,
- 11) negocjowanie i zawieranie umów z dostawcami sprzętu i usług,
- 12) optymalizacja kosztów operacyjnych i kontrola budżetu w zakresie zamówień i logistyki,
- 13) administrowanie Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych USK Nr 4 w Lublinie,
- 14) nadzór nad realizacją zaopatrywania jednostek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie w sprzęt, materiały oraz inne środki niezbędne do ich funkcjonowania,
- 15) nadzór nad celowością i efektywnością wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na zakupy,
- 16) monitorowanie realizacji planów krótko-, średnio- i długoterminowych,
- 17) przygotowywanie analiz i raportów dla zarządu Szpitala,
- 18) współtworzenie strategii rozwoju Szpitala,
- 19) zarządzanie sytuacjami kryzysowymi i zmianą organizacyjną,
- 20) planowanie, organizowanie, zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań przez podległych pracowników i podległe komórki organizacyjne oraz ich nadzór,
- 21) koordynacja pracy podległych komórek organizacyjnych z innymi jednostkami organizacyjnymi,
- 22) nadzór nad zgodnym z przepisami i terminowym wykonywaniem przez pracowników powierzonych im zadań i obowiązków oraz nadzór nad dyscypliną pracy,
- 23) dokonywanie oceny pracy podległych pracowników oraz ich motywowanie,
- 24) planowanie, nadzór nad procesem podnoszenia kwalifikacji podległego personelu,
- 25) nadzór nad utrzymaniem jakości wykonywanej pracy zgodnie z ustalonymi standardami i procedurami,
- 26) ustalanie zakresów czynności, obowiązków i uprawnień podległych pracowników,
- 27) nadzór nad opracowywaniem sprawozdań i informacji przez podległe komórki organizacyjne w określonym zakresie i terminach,
- 28) egzekwowanie przestrzegania przez pracowników przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 29) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń.

§ 38

Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki nadzoruje realizację ustawy - Prawo zamówień publicznych oraz ustawy o finansach publicznych przez podległe mu jednostki organizacyjne.

§ 39

Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki wykonuje również inne czynności zlecone przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie, związane z przyznanymi mu kompetencjami.

6. Główny Księgowy

§ 40

1. Główny Księgowy należy do osób zarządzających USK Nr 4 w Lublinie.
2. Główny Księgowy podlega Dyrektorowi Szpitala.

§ 41

1. Do obowiązków Głównego Księgowego należy wdrażanie i stosowanie zasad rachunkowości, zgodnie z obowiązującymi przepisami i dyscypliną finansów publicznych.
2. Główny Księgowy kieruje pracą podległych mu komórek organizacyjnych i jest odpowiedzialny za prawidłową ich pracę.

§ 42

Głównemu Księgowemu podlegają komórki organizacyjne:

- 1) Dział Finansowo-Księgowy,
- 2) Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji.

§ 43

Do obowiązków Głównego Księgowego należy w szczególności:

- 1) prowadzenia rachunkowości jednostki,
- 2) wykonywania dyspozycji środkami pieniężnymi,
- 3) dokonywania wstępnej kontroli:
 - a) zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - b) kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
- 4) organizacja i nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentów finansowo-księgowych,
- 5) terminowe i rzetelne sporządzanie sprawozdań finansowych,
- 6) przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych,
- 7) nadzór nad terminowym egzekwowaniem należności,
- 8) nadzór nad regulowaniem zobowiązań,
- 9) nadzór na prawidłowym archiwizowaniu dokumentacji finansowo-księgowej,
- 10) nadzór nad kasą główną,
- 11) czynności związane z obsługą bankową prowadzonych rachunków,
- 12) nadzór nad terminowym odprowadzaniem podatków do Urzędu Skarbowego, składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i innych należności publiczno-prawnych,
- 13) nadzór nad terminową wypłatą wynagrodzeń,
- 14) sporządzanie oraz kontrola Planu Finansowego,
- 15) koordynacja prac nad sporządzaniem Planu Inwestycyjnego,
- 16) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w sprawach finansowych,
- 17) nadzór nad usprawnianiem i automatyzacją procesów finansowo-księgowych,
- 18) nadzór nad optymalizacją kapitału pracującego poprzez terminowe egzekwowanie należności, regulowanie zobowiązań i optymalizację procesów magazynowych.

§ 44

Główny Księgowy jest zobowiązany do bieżącego informowania Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju o wpływach i wydatkach, ewidencjonowanych operacjach gospodarczych oraz o sytuacji finansowej jednostki.

§ 45

Główny Księgowy zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych, ustawy o finansach publicznych i innych aktów prawnych mających zastosowanie w zakresie zleconych mu spraw.

§ 46

1. W celu realizacji swoich zadań Główny Księgowy ma prawo żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych niezbędnych informacji, wyjaśnień i wglądu do dokumentów oraz żądać usunięcia w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości.
2. Głównemu Księgowemu przysługuje prawo wnioskowania do Dyrektora o przeprowadzenie kontroli określonych działań.

§ 47

Główny Księgowy może być zobowiązany do wykonywania innych czynności, leżących w zakresie przysługujących mu kompetencji.

7. Naczelna Pielęgniarka

§ 48

1. Naczelna Pielęgniarka należy do osób zarządzających USK Nr 4 w Lublinie.
2. Naczelna Pielęgniarka podlega Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 49

Naczelna Pielęgniarka jest odpowiedzialna za organizację i realizację kompleksowej opieki pielęgniarskiej we wszystkich komórkach organizacyjnych działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie, na odpowiednio wysokim poziomie.

§ 50

1. Naczelna Pielęgniarka jest bezpośrednim zwierzchnikiem:
 - 1) zastępcy Naczelnej Pielęgniarki,
 - 2) pielęgniarek i położnych oddziałowych,
 - 3) kierowników średniego personelu,
 - 4) pielęgniarki koordynującej w zakresie organizacji opieki poszpitalnej,
 - 5) pracownika socjalnego,
 - 6) edukatora ds. diabetologii,
 - 7) kierownika Działu Żywienia,
 - 8) starszego inspektora ds. administracyjnych.
2. Pośrednio Naczelnej Pielęgniarence podlegają wszystkie pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, technicy elektroradiologii, statystycy medyczni w oddziałach, rejestratorki medyczne (KOR/Izb Przyjęć), personel pomocniczy (opiekunowie medyczni, salowe, sanitariusze szpitalni, referenci medyczni) komórek organizacyjnych działalności medycznej oraz pracownicy Działu Żywienia.

§ 51

Do podstawowych obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy:

- 1) opracowanie i aktualizacja struktury organizacyjnej USK Nr 4 w Lublinie w części dotyczącej świadczeń pielęgniarskich, szacowanie zapotrzebowań na średni personel medyczny,
- 2) ustalanie celów opieki pielęgniarskich, komplementarnych z celami strategicznymi USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) współudział w opracowywaniu i wdrażaniu programów zapewniających właściwą jakość udzielanych świadczeń w USK Nr 4 w Lublinie,

- 4) stwarzanie warunków do efektywnego i sprawnego realizowania zadań przez podległy personel,
- 5) udział w planowaniu budżetu USK Nr 4 w Lublinie w części dotyczącej świadczeń pielęgniarских,
- 6) nadzór i koordynacja prac podległego personelu, ustalanie zakresu obowiązków i uprawnień na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 7) inicjowanie prac nad opracowywaniem standardów opieki pielęgniarской i nadzór nad ich wdrażaniem,
- 8) wprowadzanie optymalnych metod pielęgnowania i dokumentowania czynności pielęgniarских,
- 9) ocena jakości świadczeń pielęgniarских.

§ 52

Naczelną Pielęgniarkę koordynuje współdziałanie kierowniczej kadry pielęgniarской, współuczestniczy w pracach zespołów i komitetów funkcjonujących w USK Nr 4 w Lublinie oraz współpracuje z kierownikami działów pomocniczych w zakresie działalności podstawowej Szpitala istotnej dla zapewnienia optymalnej opieki pielęgniarской.

§ 53

Naczelną Pielęgniarkę jest odpowiedzialna za:

- 1) kształtowanie polityki kadrowej w odniesieniu do podległych jej stanowisk pracy, o których mowa w § 44, w tym konieczność zapewnienia odpowiedniej liczby kadr medycznych niezbędnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w jednostkach USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) poziom opieki pielęgniarской zapewniający wysoką jakość świadczeń medycznych oraz bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego,
- 3) rozwój zawodowy podległych pracowników oraz koordynowanie doskonalenia zawodowego.

§ 54

Naczelną Pielęgniarkę jest zobowiązana do składania określonych informacji o stanie opieki pielęgniarской i o rozwoju kadry pielęgniarской Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 55

Dla zapewnienia skutecznej realizacji nałożonych obowiązków i zadań Naczelną Pielęgniarkę posiada uprawnienia do samodzielnego gospodarowania kadrą pielęgniarскую, położnych i personelu pomocniczego oraz inicjowanie i wdrażanie zmian dotyczących organizacji pracy i zakresu świadczeń realizowanych przez podległych pracowników.

8. Stanowiska kierownicze

§ 56

1. Klinikę kieruje Kierownik Kliniki, powołany na stanowisko przez podmiot tworzący.
2. Oddziałem szpitalnym kieruje lekarz kierujący oddziałem, zatrudniony przez Dyrektora, który może równocześnie pełnić funkcję Kierownika Kliniki.
3. Jednostkami i komórkami organizacyjnymi działalności medycznej kierują kierownicy.

4. Na czele komórek organizacyjnych w pionie działalności finansowo-administracyjnej stoją kierownicy.
5. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych, o których mowa w ust. 1-3 ponoszą odpowiedzialność za wykonywanie zadań przez podległe im komórki organizacyjne USK Nr 4 w Lublinie, wynikające z przepisów powszechnie obowiązujących, Statutu, wewnętrznych regulaminów, zarządzeń i poleceń Dyrektora oraz niniejszego regulaminu.
6. Szczegółowe prawa i obowiązki kierowników komórek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie, lekarzy kierujących oddziałami określają zakresy czynności nadane przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie.

CZĘŚĆ II

**Pion bezpośredniej podległości
Dyrektorowi Naczelnemu**

ROZDZIAŁ I

Główny Księgowy - Dział Finansowo-Księgowy,

Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji

1. Główny Księgowy

§ 1

1. Główny Księgowy realizuje zadania wynikające z gospodarki finansowej USK Nr 4 w Lublinie i ustawodawstwa z zakresu finansów publicznych.
2. Głównemu Księgowemu podlegają komórki organizacyjne:
 - 1) Dział Finansowo-Księgowy z Kierownikiem Działu w randze Zastępcy Głównego Księgowego,
 - 2) Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji.
3. Zakres obowiązków Głównego Księgowego określony został w Części I w Rozdziale III niniejszego Regulaminu.

2. Dział Finansowo-Księgowy

§ 2

W strukturze Działu Finansowo-Księgowego wyodrębnione są:

- 1) Sekcja Finansowa,
- 2) Sekcja Materiałowa.

§ 3

Zadaniem Działu Finansowo-Księgowego jest:

- 1) prowadzenie ksiąg rachunkowych jednostki zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 2) kontrola dowodów księgowych pod względem formalnym i rachunkowym,
- 3) ewidencjonowanie wszystkich operacji gospodarczych jednostki zgodnie z obowiązującym zakładowym planem kont i polityką rachunkowości,
- 4) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
- 5) terminowe odprowadzanie podatków do Urzędu Skarbowego i zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- 6) terminowa wypłata wynagrodzeń dla pracowników,
- 7) terminowe egzekwowanie należności,
- 8) regulowanie zobowiązań,
- 9) przechowywanie, zabezpieczanie, archiwizowanie i udostępnianie dokumentacji finansowo-księgowej i sprawozdań finansowych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 10) czynności związane z obsługą rachunków bankowych jednostki,
- 11) obsługa kasowa jednostki,
- 12) przygotowanie danych do obowiązującej sprawozdawczości oraz rzetelne i terminowe sporządzanie sprawozdań finansowych,

- 13) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur dokumentujących sprzedaż:
 - a) świadczeń i usług medycznych, w tym z tytułu gotowości, wykonywanych w oddziałach, poradniach, zakładach, Izbie Przyjęć Planowej, Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej i Klinicznym Oddziale Ratunkowym na rzecz innych podmiotów prowadzących działalność leczniczą, przedsiębiorstw, firm ubezpieczeniowych,
 - b) świadczeń medycznych i usług realizowanych na rzecz MZ finansowanych w ramach programów profilaktycznych oraz innych instytucji w ramach realizowanych i finansowanych przez nie programów,
 - c) świadczeń na rzecz instytucji, towarzystw ubezpieczeniowych i innych firm (np. zakładów karnych, aresztów, prokuratur, sądów, rzecznika praw pacjenta itp.),
 - d) środków trwałych, niskocennych środków trwałych, wyposażenia na rzecz osób fizycznych,
 - e) udostępniania jednostek organizacyjnych na potrzeby realizacji staży podyplomowych,
 - f) udostępniania jednostek organizacyjnych UM na potrzeby realizacji zadań dydaktycznych,
 - g) realizowanych indywidualnych staży, praktyk zawodowych,
- 14) przyjmowanie i rejestracja faktur zakupu wpływających do Szpitala w wersji elektronicznej za pośrednictwem PEF oraz na dedykowany adres mailowy: faktury.szpital@usk4.lublin.pl,
- 15) rozdysponowanie wpływających faktur w wersji elektronicznej za pośrednictwem systemu elektronicznego obiegu faktur do właściwych komórek organizacyjnych Szpitala celem uzyskania opisu merytorycznego,
- 16) koordynacja sporządzania planu finansowego i planu inwestycyjnego oraz nadzór nad ich realizacją,
- 17) usprawnianie i automatyzacja procesów finansowo-księgowych,
- 18) prowadzenie rejestru realizowanych przez Dział umów na dostawy, usługi wraz z ich wykorzystaniem.

§ 4

1. Kierownik Działu Finansowo-Księgowego odpowiada za kompletność, terminowość i zgodność ewidencji wszystkich operacji gospodarczych jednostki z obowiązującym zakładowym planem kont, polityką rachunkowości i przepisami prawa.
2. W szczególności do obowiązków Kierownika Działu Finansowo-Księgowego należy:
 - 1) bezpośrednia współpraca i zastępstwo w czasie nieobecności Głównego Księgowego,
 - 2) przydzielanie zadań, instruktaż i organizacja pracy podległych pracowników,
 - 3) bieżąca kontrola dokonywanych księgowania przez podpisywanie poleceń księgowania i analizę zaksięgowanych operacji gospodarczych,
 - 4) udział w pracach komisji inwentaryzacyjnej,
 - 5) przygotowywanie danych do obowiązującej sprawozdawczości i udział w sporządzaniu rocznych sprawozdań finansowych,
 - 6) współpraca z firmą audytorską w zakresie badania sprawozdań finansowych,
 - 7) nadzór nad pracą kasy,
 - 8) udostępnianie dokumentów i udzielanie wyjaśnień organom kontrolującym,
 - 9) stałe aktualizowanie wiedzy zawodowej własnej i podległych pracowników,
 - 10) nadzór nad optymalizacją kapitału pracującego poprzez terminowe egzekwowanie należności, regulowanie zobowiązań i optymalizację procesów magazynowych,

11) współpraca z innymi jednostkami Szpitala w zakresie spraw finansowo-księgowych.

§ 5

1. Sekcja Finansowa podlega Kierownikowi Działu Finansowo-Księgowego – Zastępcy Głównego Księgowego.
2. Sekcja Finansowa realizuje następujące zadania:
 - 1) sprawdzanie prawidłowości przeprowadzenia kontroli merytorycznej przez upoważnione osoby na fakturach i innych dowodach księgowych,
 - 2) realizacja wpłat i wypłat gotówkowych,
 - 3) kontrola zapisów i dokumentacji raportów kasowych, dekretacja operacji kasowych, kontrola zgodności salda kasowego w raporcie kasowym z kontami księgowymi,
 - 4) nadzór i analiza pozostałych rozrachunków z pracownikami, kontrola terminowości rozliczania pobieranych przez wyznaczonych pracowników zaliczek na zakupy gotówkowe, rozliczanie delegacji służbowych,
 - 5) ewidencja faktur z tytułu dostaw, usług i inwestycji,
 - 6) regulowanie zobowiązań, współpraca z kontrahentami w zakresie terminów regulowania zobowiązań, przygotowywanie i realizacja porozumień,
 - 7) bieżąca obsługa not odsetkowych i wezwań do zapłaty z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań i współpraca z kontrahentami w tym zakresie.
 - 8) rozliczanie wartości zafakturowanych mediów na poszczególne miejsca ich zużycia wg danych z faktury i wskaźników zużycia opracowanych przez Dział Eksploatacyjny i Dział Kontrolingu i Analiz oraz sporządzanie poleceń księgowania,
 - 9) comiesięczna analiza zgodności zapisów na kontach zespołu 4 i na kontach zespołu 5,
 - 10) koordynacja sprzedaży usług świadczonych w szpitalu,
 - 11) bieżąca analiza rozrachunków z NFZ i comiesięczne uzgodnienia z Działem Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych.
 - 12) nadzór nad sporządzaniem rejestrów sprzedaży oraz sporządzanie zbiorczego rejestru sprzedaży VAT zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług, ustalanie wartości podatku należnego do odprowadzenia na konto Urzędu Skarbowego, sporządzenie deklaracji podatku VAT i plików JPK, sporządzenie polecenia przelewu podatku,
 - 13) analiza i uzgadnianie zapisów na kontach rejestrujących podatek naliczony, należny, rozrachunki z tytułu VAT,
 - 14) sporządzanie okresowych meldunków o stanie środków pieniężnych na rachunkach bankowych i wysokości zobowiązań wymagalnych dla potrzeb Zastępcy dyrektora ds. Finansów i Operacji,
 - 15) dekretowanie wyciągów bankowych i kontrola sald rachunków bankowych,
 - 16) comiesięczna analiza i uzgodnienia zapisów na kontach:
 - a) rozrachunki z tytułu wynagrodzeń,
 - b) rozrachunki z tytułu potrąceń na listach płac,
 - c) rozrachunki z tytułu podatku dochodowego osób fizycznych,
 - d) rozrachunki z tytułu składek z ZUS,
 - e) rozrachunki z tytułu wpłat na PEFRON,
 - f) rozrachunki z tytułu ZFM i ZFŚS,w korespondencji z kontami kosztów rodzajowych i miejsc ich powstawania we współpracy z Działem Kadr i Płac,
 - 17) rozliczanie umów na dydaktykę zawartych z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie,

- 18) sporządzanie okresowych sprawozdań finansowych, udział w sporządzaniu sprawozdań rocznych.

§ 6

1. Za prawidłowość realizacji przez Sekcję Finansową przypisanych jej zadań określonych w paragrafie poprzednim odpowiada Kierownik Działu Finansowo-Księgowego – Zastępca Głównego Księgowego. W szczególności odpowiedzialność Kierownika Działu dotyczy prawidłowości dokonywanych dekretacji operacji i prawidłowości danych na kontach finansowych.
2. Kierownik Działu Finansowo-Księgowego koordynuje i nadzoruje pracę podległych pracowników oraz wykonuje czynności kontrolne prawidłowości realizacji zadań przez poszczególnych pracowników.

§ 7

Sekcja Finansowa współpracuje w szczególności z:

- 1) Sekcją Materiałową w zakresie spraw związanych z operacjami finansowymi w odniesieniu do materiałów,
- 2) Działem Eksploatacyjnym w zakresie rozliczania mediów na poszczególne miejsca ich zużycia,
- 3) Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych w zakresie rozliczania i prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej,
- 4) Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji w zakresie ujmowania w ewidencji księgowej ponoszonych nakładów inwestycyjnych,
- 5) Działem Rozliczeń Usług Medycznych w zakresie ustalania przychodów z NFZ,
- 6) z innymi działami tj.: Działem Kadr i Płac, Działem Administracyjno-Gospodarczym, Działem Kontrolingu i Analiz, Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji, Kancelarią Ogólną, Działem Zamówień Publicznych, Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej, Działem Aparatury Medycznej, Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa, Działem Wsparcia Informatycznego, Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi, Archiwum Centralnym, Działem Organizacyjno-Prawnym, Działem Zarządzania Jakością i Akredytacji, Działem Audytu i Kontroli, Zespołem Komunikacji i Promocji, Centrum Innowacyjnych Terapii, Zespołem ds. BHP, Działem Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego, Działem Sterylizacji, Działem Usług Niemedycznych i pozostałymi samodzielnymi stanowiskami – w zakresie bieżących spraw przypisanych kompetencyjnie tym jednostkom.

§ 8

1. Sekcja Materiałowa podlega Kierownikowi Działu Finansowo-Księgowego – Zastępcy Głównego Księgowego.
2. Zadaniem Sekcji Materiałowej jest ewidencja wszystkich operacji w zakresie materiałów i leków.
3. Sekcja materiałowa odpowiada za pełną, prawidłową i terminową ewidencję obrotu materiałowego oraz rozliczanie inwentaryzacji.
4. Kierownik Działu Finansowo-Księgowego nadzoruje i koordynuje pracę pracowników sekcji oraz prowadzi instruktaż na stanowisku pracy.

§ 9

W szczególności do zadań Sekcji Materiałowej należy:

- 1) ewidencja wszystkich faktur za dostawy: materiałów, leków, sprzętu jednorazowego i wielokrotnego użytku, wyposażenia, artykułów żywnościowych,
- 2) ewidencja przychodów i rozchodów materiałów w magazynach,
- 3) nadzór na prawidłową i terminową ewidencją materiałów depozytowych,
- 4) kontrola i analiza rozliczenia operacji zakupu, i rozliczenie odchyleń od cen ewidencyjnych materiałów,
- 5) rozliczanie inwentaryzacji zapasów magazynowych i Apteki,
- 6) comiesięczna analiza i uzgadnianie stanów magazynowych (zapisów ilościowo-wartościowych) z zapisami na kontach księgowych (ewidencja wartościowa), ustalanie i wyjaśnianie różnic,
- 7) udział w sporządzaniu obowiązujących sprawozdań,
- 8) współpraca z innymi jednostkami szpitala w zakresie obrotu materiałowego, sporządzanie raportów i zestawień dotyczących gospodarki materiałowej.

§ 10

1. W Sekcji Materiałowej sprawdzana jest kompletność i terminowość spływu dokumentów z magazynów.
2. Po zakończeniu każdego miesiąca następuje uzgadnianie wartościowego stanu zapasów pomiędzy systemem finansowo-księgowym, a magazynowym i wyjaśnianie ewentualnych rozbieżności.

§ 11

Sekcja Materiałowa współpracuje z:

- 1) Sekcją Finansową - w zakresie rozrachunków i rozliczeń finansowych z dostawcami, uzgodnień kont ksiąg pomocniczych z księgą główną, sporządzania raportów i sprawozdań,
- 2) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji - w zakresie przejmowania arkuszy inwentaryzacyjnych i rozliczania inwentaryzacji,
- 3) Działem Logistyki Szpitala, Działem Kontrolingu i Analiz, Działem Administracyjno-Gospodarczym, Działem Zamówień Publicznych, Działem Kadr i Płac, Centralnym Archiwum, Kancelarią Ogólną - w zakresie bieżących spraw przypisanych kompetencyjnie tym jednostkom.

§ 12

Stanowiska w Dziale Finansowo-Księgowym:

- 1) Kierownik Działu Finansowo - Księgowego – Zastępca Głównego Księgowego,
- 2) starszy specjalista,
- 3) starszy specjalista ds. księgowości i podatku vat,
- 4) specjalista,
- 5) starsza/-y księgowa/-y,
- 6) księgowa/-y,
- 7) inspektor,
- 8) referent.

3. Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji

§ 13

Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji realizuje następujące zadania:

- 1) opracowywanie planów inwentaryzacji ,
- 2) ścisły nadzór nad majątkiem rzeczowym Szpitala realizowany w szczególności poprzez inwentaryzację w drodze spisu z „natury” wszystkich środków trwałych i pozostałych środków trwałych będących w użytkowaniu objętych ewidencją bilansową i pozabilansową, pełna inwentaryzacja ciągła - we wszystkich komórkach szpitala zgodnie z zatwierdzonym planem inwentaryzacji,
- 3) rozliczanie przeprowadzonych inwentaryzacji, ustalanie i wyjaśnianie przyczyn powstania ewentualnych różnic inwentaryzacyjnych w zakresie środków trwałych i niskocennych środków trwałych,
- 4) koordynacja, nadzór i przeprowadzanie inwentaryzacji okresowej, doraźnej, zdawczo-odbiorczej i kontrolnej zapasów oraz pozostałego wyposażenia znajdujących się w ewidencji Szpitala,
- 5) rozliczanie, ustalanie ewentualnych różnic inwentaryzacyjnych i wyjaśnianie przyczyn ich powstania w zakresie inwentaryzacji określonych w pkt. 4,
- 6) organizowanie posiedzeń komisji inwentaryzacyjnych,
- 7) nadzór i koordynacja nad inwentaryzacją znajdujących się na terenie USK Nr 4 w Lublinie obcych materiałów, towarów, środków trwałych i innego wyposażenia oraz wyjaśnianie przyczyn ewentualnych rozbieżności,
- 8) naliczanie umorzenia i rocznej amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych,
- 9) naliczanie pozostałych przychodów operacyjnych wynikających z zewnętrznych źródeł finansowania środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych,
- 10) znakowanie środków trwałych i pozostałych środków trwałych w użytkowaniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 11) nadzór nad właściwym oznakowaniem środków trwałych i wyposażenia zgodnie z podpisanymi umowami na realizację i finansowanie prowadzonych inwestycji i zakupów środków trwałych,
- 12) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej środków trwałych, niskocennych środków trwałych w systemie InfoMedica Środki Trwałe oraz ewidencji pozabilansowej,
- 13) comiesięczne uzgadnianie stanu ksiąg pomocniczych modułu ST z księgą główną,
- 14) przeprowadzania kasacji i likwidacji środków trwałych oraz pozostałych środków trwałych w użytkowaniu,
- 15) wycena przeprowadzonych kasacji i uaktualnianie ewidencji ilościowo-wartościowej,
- 16) organizowanie sprzedaży środków trwałych zbędnych w działalności Szpitala,
- 17) ewidencja bieżących operacji na kartotekach księgowych, na podstawie dokumentów źródłowych: LT (likwidacja środka trwałego), protokołów kasacyjnych,
- 18) udział w komisjach odbioru środków trwałych, OT (przyjęcie środka trwałego), PK (polecenie księgowania), MT (przesunięcie międzykomórkowe ŚT, niskocennego ŚT),
- 19) przygotowywanie danych do obowiązującej sprawozdawczości i rocznych sprawozdań finansowych,
- 20) usprawnianie i automatyzacja procesów związanych z gospodarowaniem majątkiem,

- 21) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania,
- 22) prowadzenie bieżącej ewidencji majątku trwałego, w tym nieruchomości użytkowanych przez Szpital, niezależnie od tytułu prawnego,
- 23) koordynacja pozyskiwania i przekazywanie podmiotowi tworzącemu - Uniwersytetowi Medycznemu informacji niezbędnych do prawidłowego sporządzenia deklaracji podatku od nieruchomości, w szczególności dotyczących:
 - a) wynajmowanych/wydzierżawionych przez Szpital powierzchni na podstawie umów najmu/dzierżawy,
 - b) rodzaju i przeznaczenia użytkowanych budynków, budowli i gruntów,
 - c) zmian w sposobie użytkowania nieruchomości mogących mieć wpływ na wysokość podatku,
- 23) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie identyfikacji i aktualizacji danych dotyczących wykorzystania powierzchni użytkowej, w tym w szczególności z Działem Administracyjno-Gospodarczym i z Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji,
- 24) nadzór nad zgodnością danych o majątku przekazywanych do celów podatkowych z ewidencją księgową i faktycznym stanem użytkowania.

§ 14

Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji ściśle współpracuje z Działem Finansowo-Księgowym, Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych, Działem Aparatury Medycznej, Działem Zamówień Publicznych, Działem Logistyki Szpitala i innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie prowadzenia ewidencji majątku Szpitala.

§ 15

1. Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji kieruje Kierownik Działu.
2. Pozostałe stanowiska w Dziale:
 - 1) specjalista ds. ekonomicznych,
 - 2) starsza księgowa,
 - 3) księgowa.

ROZDZIAŁ II

Dział Organizacyjno-Prawny

§ 16

1. Dział Organizacyjno-Prawny jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. W skład Działu Organizacyjno-Prawnego wchodzi:
 - 1) Sekcja Organizacyjna, której pracownicy podlegają bezpośrednio Zastępcy Kierownika Działu - Sekcja Organizacyjna,
 - 2) Sekcja Radców Prawnych.

§ 17

1. Dział Organizacyjno-Prawny realizuje zadania w zakresie zapewnienia wsparcia organizacyjnego i prawnego dla Dyrektora, innych osób zarządzających i kierowników wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Do głównych zadań Działu należy:
 - 1) koordynowanie zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala,
 - 2) opracowywanie i weryfikacja wewnętrznych aktów prawnych,
 - 3) reprezentowanie Szpitala w postępowaniach sądowych i administracyjnych,
 - 4) organizacja pracy Sekretariatów Dyrekcji,
 - 5) zapewnienie obsługi posiedzeń i komisji wewnętrznych,
 - 6) prowadzenie rejestrów w zakresie realizowanych zadań,
 - 7) realizacja zadań w zakresie współpracy z kluczowymi instytucjami zewnętrznymi,
 - 8) wspieranie procesów windykacyjnych, procesów związanych z Kontrolą Zarządczą oraz innych procesów strategicznych dla organizacji i bezpieczeństwa prawnego Szpitala.

§ 18

Do podstawowych zadań Sekcji Organizacyjnej należy:

- 1) organizacja i koordynacja pracy Sekretariatów Dyrekcji,
- 2) przygotowywanie i aktualizacja dokumentów regulujących strukturę organizacyjną Szpitala,
- 3) analiza i rekomendacja zmian w strukturze organizacyjnej dla usprawnienia pracy Szpitala,
- 4) opracowywanie i aktualizacja wewnętrznych aktów prawnych dotyczących spraw organizacyjnych,
- 5) obsługa administracyjno-organizacyjna posiedzeń Rady Klinicznej, Rady Społecznej, Rady Medycznej oraz zebrań Dyrekcji,
- 6) prowadzenie rejestru pełnomocnictw/upoważnień oraz rejestru zarządzeń wewnętrznych,
- 7) komunikacja i współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie oraz innymi instytucjami zewnętrznymi.

§ 19

Do podstawowych zadań Sekcji Radców Prawnych należy:

- 1) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniach likwidacyjnych, sądowych, administracyjnych oraz przed innymi organami orzekającymi,
- 2) wydawanie opinii prawnych na zlecenie Dyrektora i innych osób zarządzających Szpitalem oraz na wnioski kierowników komórek organizacyjnych,
- 3) doradztwo prawne w sprawach bieżących wynikających z działalności Szpitala,
- 4) tworzenie i opiniowanie pod względem formalno-prawnym umów, aneksów i porozumień zawieranych przez Szpital oraz ich standaryzacja,
- 5) tworzenie i opiniowanie pod względem formalno-prawnym projektów wewnętrznych aktów prawnych, formularzy zgód na zabiegi operacyjne, metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz innych dokumentów wymagających oceny prawnej,
- 6) uczestniczenie na wnioski Dyrektora i innych osób zarządzających Szpitalem w prowadzonych z udziałem Szpitala negocjacjach, których celem jest nawiązanie, zmiana bądź rozwiązanie stosunku prawnego oraz negocjacjach z organizacjami związkowymi,
- 7) udzielanie wsparcia prawnego dla zespołów i komisji wewnętrznych oraz podczas posiedzeń Rady Społecznej Szpitala,
- 8) współpraca z Dyrekcją i komórkami organizacyjnymi w sprawach windykacji należności,
- 9) prowadzenie spraw związanych z Funduszem Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych,
- 10) współpraca z ubezpieczycielem w postępowaniu likwidacyjnym dotyczącym zgłaszanych roszczeń z tytułu ubezpieczenia OC lub mienia Szpitala.

§ 20

1. Działem Organizacyjno-Prawnym kieruje Kierownik Działu przy pomocy Koordynatora Sekcji Radców Prawnych oraz Zastępcy Kierownika Działu - Sekcja Organizacyjna.
2. Stanowiska w Sekcji Radców Prawnych:
 - 1) radca prawny,
 - 2) starszy specjalista ds. prawnych.
3. Stanowiska w Sekcji Organizacyjnej:
 - 1) starszy specjalista ds. organizacyjno-prawnych,
 - 2) starszy specjalista - asystent Dyrektora,
 - 3) specjalista - asystent Dyrektora,
 - 4) sekretarka medyczna.

§ 21

Dział Organizacyjno-Prawny współpracuje z wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie spraw organizacyjnych oraz związanych z bieżącą obsługą prawną jednostki.

ROZDZIAŁ III

Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji

§ 22

Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Dyrektorowi Naczelnemu.

§ 23

1. Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji realizuje zadania związane z funkcjonowaniem, utrzymaniem, monitorowaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakością we wszystkich komórkach organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie.
2. Do głównych zadań Działu Zarządzania Jakością i Akredytacji należy:
 - 1) utrzymanie realizacji wymagań Systemu Zarządzania Jakością oraz założeń Polityki Jakości i Bezpieczeństwa,
 - 2) monitorowanie skuteczności procesów oraz funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością m.in.: poprzez wewnętrzne audyty jakości, identyfikację i analizę ryzyka, analizę zdarzeń niepożądanych oraz monitorowanie wskaźników jakościowych,
 - 3) inicjowanie, wspieranie oraz przeprowadzanie działań mających na celu doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjentów i personelu, w tym planowanie i udział we wdrażaniu działań korygujących oraz zapobiegawczych,
 - 4) utrzymanie spójności i aktualności dokumentacji z zakresu Systemu Zarządzania Jakością,
 - 5) planowanie, organizacja i nadzór nad wewnętrznymi audytami jakości, audytami jednostek certyfikujących oraz wizytami akredytacyjnymi,
 - 6) dostosowywanie Systemu Zarządzania Jakością do zmieniających się warunków i potrzeb organizacji oraz wymagań pacjentów,
 - 7) budowanie i promowanie kultury bezpieczeństwa, jakości i ciągłego doskonalenia poprzez udział we wdrażaniu właściwych rozwiązań i procedur zapewniających bezpieczeństwo pacjentów i personelu, zaangażowanie w opracowywanie i realizację zasad mających na celu zapobieganie wystąpieniu zdarzeń niepożądanych, a także ocenę skuteczności stosowanych metod.

§ 24

1. Działem Zarządzania Jakością i Akredytacji kieruje Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością.
2. Stanowiska w Dziale Zarządzania Jakością i Akredytacji:
 - 1) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
 - 2) lekarz - specjalista,
 - 3) główny specjalista,
 - 4) starszy specjalista,
 - 5) specjalista,
 - 6) starszy inspektor,
 - 7) inspektor.

§ 25

Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji współpracuje z:

- 1) wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie wdrażania, utrzymania, monitorowania i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością,
- 2) zespołami/komitetami powołanymi w USK Nr 4 w Lublinie w zakresie monitorowania, doskonalenia i zapewniania wysokiego poziomu usług medycznych oraz bezpieczeństwa pacjentów,
- 3) podmiotami zewnętrznymi przeprowadzającymi wizyty akredytacyjne oraz audyty certyfikujące,
- 4) Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta.

§ 26

Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością należy również:

- 1) nadzór nad realizacją wymagań Systemu Zarządzania Jakością oraz założeń Polityki Jakości i Bezpieczeństwa,
- 2) nadzór nad monitorowaniem skuteczności procesów oraz funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością poprzez wewnętrzne audyty jakości, identyfikację i analizę ryzyka analizę zdarzeń niepożądanych oraz monitorowanie wskaźników jakościowych,
- 3) bieżąca współpraca z najwyższym kierownictwem oraz kierownictwem średniego szczebla w zakresie funkcjonowania i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością,
- 4) aktualizacja dokumentacji z zakresu Systemu Zarządzania Jakością,
- 5) nadzór nad utrzymaniem spójności i aktualności oraz przechowywaniem dokumentacji z zakresu Systemu Zarządzania Jakością,
- 6) nadzór nad wdrażaniem nowych procedur i standardów zgodnych z obowiązującymi normami oraz wymaganiami prawnymi,
- 7) zatwierdzanie pod względem formalnym dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością przed przekazaniem Dyrektorowi Naczelnemu do ostatecznego zatwierdzenia i wprowadzenie w życie,
- 8) nadzór nad planowaniem, organizacją wewnętrznych audytów jakości, audytów jednostek certyfikujących oraz wizyt akredytacyjnych, w tym sporządzanie rocznego harmonogramu wewnętrznych audytów jakości ,
- 9) reprezentowanie organizacji podczas audytów jednostki certyfikującej i wizyt akredytacyjnych,
- 10) nadzór i koordynacja pracy wewnętrznych audytorów jakości oraz udział w wewnętrznych audytach jakości,
- 11) nadzór nad realizacją działań korygujących oraz zapobiegawczych,
- 12) budowanie i promowanie kultury bezpieczeństwa, jakości i ciągłego doskonalenia,
- 13) przedstawianie kierunków poprawy jakości i bezpieczeństwa oraz inicjowanie, wspieranie oraz przeprowadzanie działań w tym celu,
- 14) nadzór nad realizacją sprawozdań okresowych z zakresu wewnętrznych audytów jakości, analiz klinicznych, zdarzeń niepożądanych, wskaźników jakości, zarządzania ryzykiem oraz przedkładanie jej Dyrekcji USK Nr 4 w Lublinie,
- 15) przygotowanie materiałów wejściowych na przeglądy zarządzania, organizowanie przeglądów zarządzania oraz sporządzanie sprawozdań z przeglądów zarządzania,
- 16) nadzór nad procesem zarządzania ryzykiem,
- 17) udział w tworzeniu oraz koordynacja i nadzór na tworzeniem i realizacją Planu Strategicznego USK Nr 4 w Lublinie.

§ 27

Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością współpracuje z:

- 1) Dyrektorem Naczelnym i jego Zastępcami,
- 2) Naczelną Pielęgniarką,
- 3) Główną Księgową,
- 4) Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta,
- 5) kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie,
- 6) przewodniczącymi Zespołów/Komitetów powołanymi w USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) podmiotami zewnętrznymi przeprowadzającymi wizyty akredytacyjne oraz audyty certyfikujące.

ROZDZIAŁ IV

Dział Audytu i Kontroli

§ 28

Dział Audytu i Kontroli jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Dyrektorowi Nacelnemu.

§ 29

Dział Audytu i Kontroli realizuje zadania z zakresu audytu wewnętrznego, instytucjonalnej kontroli wewnętrznej oraz obsługi kontroli zewnętrznych.

§ 30

1. Do zadań w ramach audytu wewnętrznego należy:
 - 1) opracowanie Planu Audytu na podstawie udokumentowanej analizy ryzyka,
 - 2) przeprowadzanie zadań zapewniających i doradczych, przy zaznaczeniu podstawowego znaczenia czynności o charakterze zapewniającym,
 - 3) przeprowadzanie audytu wewnętrznego zleconego zgodnie z założeniami przekazanymi przez Ministra Finansów,
 - 4) wspieranie Dyrektora Nacelnego w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w ramach wykonywania zadań o charakterze zapewniającym,
 - 5) ocena procesów kształtujących ład organizacyjny i przedstawianie stosownych zaleceń usprawniających te procesy,
 - 6) realizacja zadań o charakterze czynności doradczych; działania o charakterze doradczym mogą być podejmowane, o ile ich cel i zakres nie naruszają zasad obiektywizmu i niezależności audytora wewnętrznego,
 - 7) sporządzanie i przedstawianie:
 - a) Dyrektorowi - sprawozdania z wykonania planu audytu za rok poprzedni,
 - b) Ministerstwu Finansów - informacji o realizacji zadań z zakresu audytu wewnętrznego,
 - 8) przekazywanie informacji o zagrożeniach wymagających podjęcia natychmiastowych działań zaradczych,
 - 9) monitorowanie zaleceń zawartych w sprawozdaniu z przeprowadzania audytu wewnętrznego,
 - 10) wykonywanie czynności sprawdzających w zakresie wydanych zaleceń,
 - 11) podnoszenie jakości pracy oraz nawiązywanie właściwej współpracy z pracownikami jednostki,
2. W celu prawidłowej realizacji zadań wszyscy pracownicy USK Nr 4 w Lublinie są zobowiązani do współpracy z Audytorem Wewnętrznym oraz udzielania informacji związanych z prowadzonym audytem.

§ 31

Audytór wewnętrzny, realizując swoje zadania w USK Nr 4 w Lublinie, posiada następujące uprawnienia:

- 1) jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa,

- 2) jest uprawniony do przeprowadzania audytu wewnętrznego we wszystkich obszarach działalności Szpitala,
- 3) dysponuje pełną swobodą w zakresie identyfikacji obszarów audytu,
- 4) ma zagwarantowane prawo dostępu do wszelkich dokumentów i materiałów, do wszystkich pracowników oraz wszelkich źródeł informacji potrzebnych do przeprowadzania audytu wewnętrznego, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej,
- 5) ma zagwarantowane prawo dostępu do pomieszczeń jednostki z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej,
- 6) ma prawo do żądania od kierowników i pracowników komórek organizacyjnych informacji oraz wyjaśnień w celu zapewnienia właściwego i efektywnego prowadzenia audytu wewnętrznego,
- 7) może z własnej inicjatywy składać wnioski mające na celu usprawnienie funkcjonowania Szpitala.

§ 32

Audytor wewnętrzny:

- 1) nie jest odpowiedzialny za procesy zarządzania ryzykiem i kontrolę zarządczą w USK Nr 4 w Lublinie, przy czym poprzez ustalenia i zalecenia poczynione w wyniku przeprowadzenia audytu wewnętrznego wspomaga kierownika jednostki we właściwej realizacji tych procesów,
- 2) nie jest odpowiedzialny za wykrywanie przestępstw, jednak powinien posiadać wiedzę pozwalającą mu zidentyfikować znamiona przestępstwa,
- 3) nie może przyjmować takich zadań lub uprawnień, które wchodzą w zakres zarządzania jednostką,
- 4) nie może angażować się w działalność operacyjną jednostki,
- 5) nie może być ograniczany co do zakresu audytu wewnętrznego.

§ 33

W zakresie wykonywania swoich zadań audytor wewnętrzny współpracuje z:

- 1) Ministerstwem Finansów,
- 2) Uniwersytetem Medycznym w Lublinie,
- 3) kontrolerami Najwyższej Izby Kontroli,
- 4) audytorami zewnętrznymi,
- 5) innymi instytucjami nadrzędnymi.

§ 34

1. Szczegółowe zasady audytu zostały uregulowane w Karcie Audytu Wewnętrznego.
2. Audytor wewnętrzny wykonując czynności audytowe kieruje się przepisami prawa, standardami audytu, kodeksem etyki audytorów oraz opracowanymi procedurami zawartymi w Księdze Procedur Audytu Wewnętrznego USK Nr 4 w Lublinie.

§ 35

Kontrola wewnętrzna w USK Nr 4 w Lublinie realizuje zadania z zakresu instytucjonalnej kontroli wewnętrznej, obsługi organów kontroli zewnętrznej, audytu wewnętrznego pod nadzorem audytora wewnętrznego.

§ 36

Do zadań z zakresu instytucjonalnej kontroli wewnętrznej należy:

- 1) opracowywanie rocznych planów kontroli i sporządzanie sprawozdań z ich wykonania,
- 2) przeprowadzanie kontroli wewnętrznych planowych, doraźnych i sprawdzających,
- 3) sporządzanie sprawozdań z przeprowadzonych kontroli wewnętrznych,
- 4) sporządzanie zaleceń pokontrolnych i nadzór nad ich realizacją,
- 5) prowadzenie dokumentacji kontroli wewnętrznych,
- 6) zgłaszanie Dyrektorowi wniosków o przeprowadzenie kontroli w sytuacji zauważonego zagrożenia realizacji zadań wynikających z obowiązujących aktów prawnych i normatywnych.

§ 37

Do zadań Działu w zakresie obsługi kontroli zewnętrznych należy:

- 1) prowadzenie rejestru kontroli zewnętrznych,
- 2) obsługa organów kontroli zewnętrznych w zakresie przygotowywania korespondencji prowadzonej pomiędzy USK Nr 4 w Lublinie i organami kontroli zewnętrznej,
- 3) nadzór nad przygotowywaniem dokumentacji w USK Nr 4 w Lublinie przekazywanej organom kontroli zewnętrznej,
- 4) zgłaszanie organom kontroli zewnętrznej zastrzeżeń do ustaleń zawartych w protokole kontroli oraz umotywowanej odmowy podpisania protokołu kontroli. Przekazywanie organom kontroli zewnętrznej ewentualnych zastrzeżeń w sprawie uwag i zaleceń,
- 5) sporządzanie pisemnej informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń pokontrolnych,
- 6) sporządzanie rocznych sprawozdań z przeprowadzonych kontroli zewnętrznych oraz działań podjętych w zakresie obsługi organów kontroli zewnętrznej,
- 7) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych,
- 8) nadzór nad dokumentacją oraz terminowym wykonaniem zaleceń pokontrolnych wydanych przez organy kontroli zewnętrznych,
- 9) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie obsługi organów kontroli zewnętrznej.

§ 38

W celu realizacji zadań z zakresu kontroli wewnętrznej oraz obsługi kontroli zewnętrznych w USK Nr 4 w Lublinie pracownik Działu ma prawo do:

- 1) kontroli wszystkich obszarów działalności USK Nr 4 w Lublinie na podstawie aktualnego upoważnienia Dyrektora,
- 2) wglądu we wszystkie dokumenty, a także przeprowadzania wyjaśnień ze wszystkimi pracownikami USK Nr 4 w Lublinie dotyczących spraw będących przedmiotem kontroli,
- 3) wymagania od komórek organizacyjnych należytego współdziałania przy przeprowadzanych kontrolach, a w szczególności udostępniania wymaganych materiałów i dokumentów oraz udzielania informacji i wyjaśnień związanych z tymi kontrolami,
- 4) wnioskowania do Dyrektora o powołanie niezbędnych specjalistów do wykonania określonych czynności, w przypadku, gdy taka potrzeba wyniknie w trakcie przeprowadzanej kontroli,
- 5) zgłaszania uwag i zaleceń pod adresem kierowników komórek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie, dotyczących usunięcia stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości w działalności podległych im komórek organizacyjnych i stanowisk, szczególnie w przypadkach grożących powstaniem strat.

§ 39

1. Audytor wewnętrzny, w razie konieczności, może wykonywać zadania z zakresu kontroli wewnętrznej w USK Nr 4 w Lublinie oraz obsługi organów kontroli zewnętrznej.
2. Pracownik Działu niezatrudniony na stanowisku audytora wewnętrznego może wykonywać zadania z zakresu audytu wewnętrznego pod nadzorem audytora wewnętrznego.

§ 40

Stanowiska w Dziale Audytu i Kontroli:

- 1) Kierownik,
- 2) Audytor Wewnętrzny,
- 3) specjalista ds. kontroli.

ROZDZIAŁ V

Zespół Komunikacji i Promocji

§ 41

Zespół Komunikacji i Promocji jest komórką organizacyjną, która podlega bezpośrednio Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 42

Pracownicy Zespół Komunikacji i Promocji odpowiadają za realizację zadań związanych z działalnością informacyjną i promocyjną oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku Szpitala.

§ 43

Do podstawowych zadań Zespołu Komunikacji i Promocji należy:

- 1) zadania z zakresu komunikacji wewnętrznej, w tym m.in. przygotowywanie i publikacja:
 - a) informacji i komunikatów dotyczących obecnych i przeszłych działań Szpitala,
 - b) materiałów graficznych zamieszczanych w intranecie i publikowanych w szpitalnych infokioskach oraz na tablicach ogłoszeń,
- 2) koordynowanie komunikacji wewnętrznej Szpitala,
- 3) administrowanie strony internetowej Szpitala, nadzór nad jej bieżącą aktualizacją i rozwojem,
- 4) udział i współpraca z innymi jednostkami Szpitala oraz podmiotami zewnętrznymi w zakresie działań promocyjnych Szpitala,
- 5) sporządzanie przeglądów prasy i mediów elektronicznych,
- 6) tworzenie strategii i kampanii informacyjno-promocyjnych,
- 7) koordynowanie funkcjonowania systemu identyfikacji wizualnej Szpitala,
- 8) projektowanie oraz przygotowanie materiałów graficznych informujących m.in. o programach i akcjach profilaktycznych,
- 9) popularyzowanie i upowszechnianie wiedzy związanej z działalnością Szpitala,
- 10) współpraca i prowadzenie wspólnych akcji m.in. z organizacjami charytatywnymi i fundacjami,
- 11) pozyskiwanie środków finansowych i rzeczowych od sponsorów,
- 12) zapewnienie tłumaczenia dla pacjentów obcojęzycznych i niesłyszących.

§ 44

Zespół Komunikacji i Promocji współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie spraw związanych z bieżącą obsługą Szpitala, w szczególności z Rzecznikiem Prasowym Szpitala.

§ 45

Prace Zespołu Komunikacji i Promocji koordynuje koordynator, który organizuje pracę Zespołu oraz nadzoruje terminowość i jakość jej wykonania.

Stanowiska w Zespole Komunikacji i Promocji:

- 1) koordynator Zespołu,
- 2) starszy specjalista ds. komunikacji.

ROZDZIAŁ VI

Rzecznik Prasowy

§ 47

Rzecznik Prasowy jako samodzielne stanowisko podlega bezpośrednio Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 48

Do zakresu obowiązków Rzecznika Prasowego należą działania związane z komunikacją zewnętrzną USK Nr 4 w Lublinie, w tym w szczególności:

- 1) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz, w istotnych kwestiach prezentowanie stanowiska Dyrekcji,
- 2) przygotowywanie informacji prasowych oraz materiałów filmowych, dźwiękowych i graficznych przeznaczonych dla mediów,
- 3) organizacja konferencji prasowych i briefingu dla przedstawicieli mediów,
- 4) współorganizacja wydarzeń i konferencji poszczególnych Oddziałów, Zakładów i innych jednostek szpitalnych,
- 5) przygotowywanie folderów i broszur przeznaczonych do użytku zewnętrznego i dla podmiotów zewnętrznych, w tym Ministerstwa Zdrowia,
- 6) publikacja artykułów oraz innych materiałów w sekcji „Aktualności” na stronie internetowej USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) opracowywanie grafik związanych z aktualnościami publikowanymi na stronie internetowej Szpitala,
- 8) prowadzenie oficjalnego profilu USK Nr 4 w Lublinie na platformie Facebooku,
- 9) prowadzenie oficjalnego profilu USK Nr 4 w Lublinie na platformie YouTube, w tym montaż filmów publikowanych na tym kanale,
- 10) współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie w zakresie publikacji materiałów dotyczących USK Nr 4 w Lublinie, w tym przygotowywanie materiałów do magazynu Alma Mater,
- 11) współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie w celu promocji wspólnych wydarzeń,
- 12) nadzór nad publikowanymi treściami pod kątem spełniania standardów dostępności,
- 13) koordynacja patronatów medialnych,
- 14) kontakt telefoniczny oraz mailowy z dziennikarzami i z pracownikami USK Nr 4 w Lublinie,
- 15) korespondencja z podmiotami zewnętrznymi w sprawie zapytania ofertowego oraz innego kontaktu biznesowego,
- 16) dokumentowanie wydarzeń poprzez fotografię oraz wykonywanie obróbki graficznej zdjęć.

ROZDZIAŁ VII

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

§ 49

1. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta został powołany w celu reprezentowania i ochrony praw pacjentów USK Nr 4 w Lublinie.
2. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta jako samodzielne stanowisko podlega organizacyjnie Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 50

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta uprawniony jest 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 procesów działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) wglądu do dokumentacji medycznej.

§ 51

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta zobowiązany jest do:

- 1) monitorowania przestrzegania praw pacjenta przez pracowników USK Nr 4 w Lublinie,
- 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) nadzorowania przestrzegania (poszanowania) praw pacjenta przez komórki organizacyjne,
- 7) analizy skarg i wniosków kierowanych przez ubezpieczonego do Dyrekcji USK Nr 4 w Lublinie.
- 8) współdziałania z komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie, szczególnie w zakresie realizacji praw pacjenta,
- 9) wnioskowania do Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie o przeprowadzenie kontroli w związku z rażącym naruszeniem praw pacjenta,
- 10) współudziału w organizowaniu szkoleń i narad dotyczących przestrzegania praw pacjenta,
- 11) prowadzenia rejestru złożonych lub nadesłanych pism do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta,
- 12) utrzymywania bieżącego kontaktu z pacjentami leczącymi się USK Nr 4 w Lublinie,
- 13) współpracy z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością w zakresie tworzenia i nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania/ akredytacji MZ,
- 14) przestrzegania zapisów zawartych w dokumentacji systemu zarządzania akredytacji MZ,
- 15) wykonywania czynności związanych z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu procedur pielęgniarskich.

§ 52

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta przyjmuje w sprawach skarg i wniosków w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰-14⁰⁰.

§ 53

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta sprawuje jednocześnie funkcję Pełnomocnika do spraw Dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, do którego zadań należy w szczególności:

- 1) koordynowanie wszelkich działań związanych z zapewnieniem w USK Nr 4 w Lublinie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- 2) wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) nadzorowanie, monitorowanie i przeprowadzanie co najmniej raz w roku wewnętrznych audytów w zakresie zapewnienia dostępności przez USK Nr 4 w Lublinie,
- 4) zbieranie od pacjentów i interesantów USK Nr 4 w Lublinie informacji na temat ich szczególnych potrzeb w zakresie zapewnienia dostępności,
- 5) organizowanie działań w celu zwiększenia świadomości wśród pracowników i współpracowników USK Nr 4 w Lublinie z zakresu szczególnych potrzeb pacjentów i interesantów.

ROZDZIAŁ VIII

Centrum Innowacyjnych Terapii

§ 54

Centrum Innowacyjnych Terapii jest komórka organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Dyrektorowi Naczelnemu USK Nr 4 w Lublinie.

§ 55

Do zadań Centrum Innowacyjnych Terapii należy:

- 1) efektywne zarządzanie dostarczaniem usług wsparcia (procesowych i administracyjnych) w zakresie badań klinicznych realizowanych w USK Nr 4 w Lublinie przez zespoły Badaczy, w tym w szczególności:
 - a) pozyskiwanie Sponsorów zainteresowanych przeprowadzeniem badań klinicznych w Szpitalu,
 - b) promowanie Szpitala wśród Sponsorów,
 - c) przekazywanie aktualnych informacji Dyrektorowi Szpitala i zainteresowanym komórkom organizacyjnym Szpitala,
 - d) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji poszczególnych etapów badań klinicznych, tj. od pozyskania badania, poprzez jego kontraktowanie, otwarcie ośrodka, realizację i rozliczenie badania, aż do zakończenia badania,
 - e) negocjowanie i zawieranie umów ze sponsorami dbając należycie o podstawowe interesy Badaczy i samego Szpitala,
 - f) negocjowanie i zawieranie umów z członkami zespołu Badacza dbając należycie o ich podstawowe interesy,
 - g) nadzorowanie badań klinicznych prowadzonych w Szpitalu poprzez dbanie o terminowość i zgodność czynności z umową zawartą ze Sponsorem,
 - h) weryfikacja dokumentacji niezbędnej do zawarcia umowy ze Sponsorem oraz prowadzenia badania klinicznego, w tym protokołów, zgód uczestników, dokumentacji medycznej, ubezpieczenia, itp.,
 - i) przygotowanie planów i harmonogramów realizacji badań klinicznych prowadzonych w Szpitalu,
 - j) przygotowanie zapotrzebowania na personel, usługi medyczne, materiały oraz wyposażenie niezbędne do przeprowadzenia badań klinicznych,
 - k) przygotowanie budżetów badań klinicznych i ich rozliczanie ze Sponsorem,
 - l) koordynowanie i bieżące zarządzanie działaniami w interesie Szpitala w zakresie niezbędnym do realizacji wszystkich zobowiązań wynikających z umowy ze Sponsorem,
 - m) zapewnienie przechowywania dokumentacji dotyczącej badań klinicznych w trakcie badania klinicznego oraz archiwizowanie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, po zakończeniu badania klinicznego,
 - n) prowadzenie regularnego raportowania w zakresie statusu realizacji badań klinicznych w Szpitalu,
 - o) współpraca z podmiotami zewnętrznymi (m.in. Agencją Badań Medycznych, Transferem Wiedzy UM w Lublinie, organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi itp.) w zakresie pozyskiwania i realizacji projektów partnerskich współfinansowanych ze środków zewnętrznych,

- p) wdrażanie działań usprawniających proces realizacji badań klinicznych w uzgodnieniu z Badaczami i Dyrekcją Szpitala;
- 2) zarządzanie dostarczaniem usług w zakresie wsparcia dla prac badawczych i projektów naukowych realizowanych w Szpitalu i finansowanych ze środków UM w Lublinie lub ze źródeł zewnętrznych, w tym w szczególności:
- a) pozyskiwanie jednostek zainteresowanych przeprowadzeniem prac badawczych i projektów naukowych w Szpitalu,
 - b) promowanie Szpitala wśród organizacji sponsorujących prowadzenie prac badawczo – naukowych,
 - c) przekazywanie aktualnych informacji Dyrektorowi Szpitala i zainteresowanym komórkom organizacyjnym Szpitala,
 - d) prowadzenie spraw ewidencyjnych związanych z realizacją prac naukowo – badawczych prowadzonych na terenie Szpitala,
 - e) obsługa zleceń w ramach współpracy naukowo – badawczej,
 - f) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji projektów naukowo – badawczych,
 - g) utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o prowadzenie prac badawczo – naukowych,
 - h) bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów,
 - i) prowadzenie regularnego raportowania w zakresie statusu realizacji prac badawczo – naukowych prowadzonych w Szpitalu,
 - j) stałe usprawnianie modeli współpracy uwzględniających udział naukowców, infrastrukturę Szpitala oraz jednostkę zewnętrzną zgłaszającą ofertę realizacji prac badawczo – naukowych,
 - k) współpraca z podmiotami zewnętrznymi (m.in. Agencją Badań Medycznych, Transferem Wiedzy UM w Lublinie, organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi itp.) w zakresie pozyskiwania i realizacji projektów partnerskich współfinansowanych ze środków zewnętrznych,
 - l) wdrażanie działań usprawniających proces realizacji prac badawczych i projektów naukowych w uzgodnieniu z Badaczami i Dyrekcją Szpitala.
 - m) działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami;
- 3) koordynacja działań wsparcia (procesowych i administracyjnych) w zakresie wdrażania innowacyjnych technologii medycznych, w tym w szczególności:
- a) monitorowanie zgodności realizacji wdrożeń innowacyjnych technologii medycznych z przyjętymi metodologiami, zawartymi umowami i obowiązującym prawem,
 - b) świadczenie usług wsparcia w zakresie procesu wnioskowania i akceptacji innowacyjnych technologii diagnostycznych, terapeutycznych oraz w obszarze organizacyjnych systemów wspomagających udzielanie świadczeń,
 - c) negocjowanie i zawieranie umów z dostawcami innowacyjnych technologii medycznych dbając należyście o interesy Szpitala,
 - d) koordynacja wsparcia w zakresie oceny efektywności ekonomicznej oraz rozliczeń finansowych,
 - e) rozwój transparentnej i kompleksowej oceny technologii medycznych na poziomie szpitala w celu zwiększenia skuteczności i opłacalności inwestycji w technologie medyczne,
 - f) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia,

- g) monitorowanie projektów w okresie ich wdrażania,
- h) przygotowywanie sprawozdań i ankiet do instytucji współpracujących w zakresie implementacji innowacyjnych technologii w Szpitalu,
- i) wdrażanie usprawnień w zakresie współpracy z zespołami wdrażającymi innowacyjne technologie medyczne w Szpitalu,
- j) gromadzenie danych o zrealizowanych wdrożeniach,
- k) prowadzenie raportowania statusu wdrożeń zgodnie z przyjętymi wytycznymi,
- l) przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.

§ 56

1. W ramach Centrum Innowacyjnych Terapii wykonywane są świadczenia zdrowotne u pacjentów przebywających w trybie stacjonarnym lub ambulatoryjnym (w Sali Uczestników Badania Klinicznego), w ramach których podawana jest badana substancja czynna dożylnie/domięśniowo/podskórnie/doustnie, pobierana krew, wykonywane badanie EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, podawane są inne preparaty lecznicze (premedykacja) oraz wykonywane inne procedury medyczne przewidziane w protokole Badania Klinicznego.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust.1, realizowane są przez personel medyczny oddziałów szpitalnych dedykowanych do realizacji badań klinicznych.

§ 57

1. W zasoby kadrowe Centrum Innowacyjnych Terapii wchodzi specjaliści posiadający wiedzę i doświadczenie przy realizacji badań klinicznych, badań niekomercyjnych (akademickich) oraz innowacyjnych technologii medycznych oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze i wspierające, niezbędne do realizacji zadań.
2. Kierownictwo Centrum Innowacyjnych Terapii regularnie współpracuje z Zespołem Doradczym CIT złożonym z dedykowanych przedstawicieli wybranych oddziałów USK Nr 4 w Lublinie oraz, jeżeli jest taka potrzeba, przedstawicieli jednostek zewnętrznych.
3. Centrum Innowacyjnych Terapii współpracuje w układzie matrycowym z dedykowanymi osobami z Apteki, Działu Kontrolingu i Analiz, Działu Finansowo-Księgowego, Działu Rozliczeń Usług Medycznych, Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej, Działu Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych oraz Działu Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego.
4. Centrum Innowacyjnych Terapii współpracuje z zespołami Badaczy USK Nr 4 w Lublinie kierując i koordynując działania procesowo-administracyjne w zakresie badań klinicznych, niekomercyjnych oraz innowacyjnych technologii medycznych.

§ 58

1. Pracami Centrum Innowacyjnych Terapii kieruje Kierownik.
2. Pozostały personel stanowią:
 - 1) Zastępca Kierownika,
 - 2) główny specjalista ds. badań klinicznych,
 - 3) specjalista ds. badań klinicznych,
 - 4) inspektor ds. badań klinicznych,
 - 5) pielęgniarka.

ROZDZIAŁ IX

Inspektorzy Ochrony Radiologicznej

§ 59

Inspektorzy Ochrony Radiologicznej podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Nacelnemu USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie.

§ 60

Do obowiązków Inspektorów Ochrony Radiologicznej należy:

- 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej,
- 2) nadzór nad działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
- 3) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby,
- 4) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury dozymetrycznej oraz aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli znajduje się na wyposażeniu USK Nr 4 w Lublinie i jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby,
- 5) nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej,
- 6) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego,
- 8) każdorazowe wyjaśnianie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, w szczególności wyjaśnianie przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie,
- 9) współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
- 10) informowanie kierownika jednostki organizacyjnej o stanie ochrony radiologicznej oraz przedstawianie mu w formie pisemnej propozycji w zakresie polepszenia tego stanu lub usunięcia nieprawidłowości,
- 11) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie USK Nr 4 w Lublinie zaistnieje zdarzenie radiacyjne,
- 12) nadzór nad dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpieczeństwa pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,

- 13) ustalanie wyposażenia USK Nr 4 w Lublinie w środki ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i pomiarowej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym,
- 14) występowanie do Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek,
- 15) przedstawianie Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie opinii, w ramach badania i sprawdzania środków ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
- 16) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie,
- 17) występowanie do Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie z wnioskami o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy.

ROZDZIAŁ X

Inspektor ds. obrony cywilnej

§ 61

Inspektor ds. obrony cywilnej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.

§ 62

Do zadań Inspektora ds. obrony cywilnej należą działania związane z obronnością USK Nr 4 w Lublinie, a w szczególności:

- 1) opracowywanie i aktualizacja dokumentacji obronnej USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) planowanie potrzeb finansowych na szkolenia związane z obronnością USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) nadzór nad przestrzeganiem przepisów z zakresu organizacji ochrony tajemnicy państwowej (ustawa o ochronie informacji niejawnych) i służbowej,
- 4) inne sprawy z zakresu obronności.

§ 63

Szpital realizuje zadania obronne wynikające z obowiązującego rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach.

ROZDZIAŁ XI

Zespół ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

§ 64

Zespół ds. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 65

1. W skład Zespołu ds. BHP wchodzi starsi specjaliści oraz starszy inspektor.
2. Pracami Zespołu ds. BHP kieruje koordynator Zespołu.
3. Zakres działania Zespołu ds. BHP określa rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 66

Do obowiązków Zespołu ds. BHP należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
- 3) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
- 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględniania w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 5) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględniania wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,
- 6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
- 7) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych,
- 8) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
- 9) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 10) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 11) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,

- 12) 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,
- 13) doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 14) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- 15) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
- 16) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
- 17) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
- 18) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,
- 19) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
- 20) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz zakładowymi organizacjami związkowymi,
- 21) uczestniczenie w pracach, powołanej przez pracodawcę, komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
- 22) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

§ 67

Do uprawnień Zespołu ds. BHP należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzeganie przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy,
- 2) występowanie do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 3) występowanie do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 4) występowanie do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 5) niezwłoczne wstrzymanie pracy maszyn lub innych urządzeń technicznych w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób,
- 6) niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej,

- 7) niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób,
- 8) wnioskowanie do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób.

ROZDZIAŁ XII

Inspektor Ochrony Danych

§ 68

Inspektor Ochrony Danych podlega Dyrektorowi Naczelnemu USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie.

§ 69

Do podstawowego zakresu działań Inspektora Ochrony danych należy:

- 1) wykonywanie obowiązków zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
- 2) nadzór nad działaniami w obszarze bezpieczeństwa informacji w Szpitalu,
- 3) koordynowanie działań komórek organizacyjnych w zakresie ochrony danych.

§ 70

Inspektor Ochrony Danych realizuje następujące zadania, określone przez RODO oraz Ustawę o ochronie danych osobowych:

- 1) informowanie Administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO, oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych osobowych i doradzanie im w tej sprawie;
- 2) monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych osobowych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
- 3) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie:
 - a) przygotowywanych i wdrożonych unormowań wewnętrznych w zakresie związanym z bezpieczeństwem informacji i przetwarzaniem danych osobowych,
 - b) opiniowanie projektów instrukcji i procedur dotyczących organizacji i ochrony danych przetwarzanych w USK Nr 4 w Lublinie;
- 4) opiniowanie umów powierzenia przetwarzania danych;
- 5) prowadzenie rejestrów związanych z realizacją zadań z zakresu polityki bezpieczeństwa informacji i przetwarzania danych osobowych;
- 6) kreowanie, opracowywanie i aktualizacja Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji oraz nadzoru nad jego realizacją;
- 7) przeprowadzania inspekcji (sprawdzeń/audytów) z zakresu bezpieczeństwa informacji, w szczególności dotyczących danych osobowych;
- 8) sprawdzanie funkcjonowania zabezpieczeń wdrożonych w USK Nr 4 w Lublinie w celu ochrony danych osobowych;
- 9) współpraca z administratorami systemów informatycznych w zakresie definiowania uprawnień dostępów do danych przetwarzanych w systemie teleinformatycznym;
- 10) sprawdzanie działania podmiotów trzecich, którym USK Nr 4 w Lublinie powierzył do przetwarzania dane osobowe pod względem zabezpieczenia tych danych;

- 11) udział w czynnościach kontrolnych dokonywanych przez organy państwowe, uprawnione do kontroli w zakresie ochrony danych osobowych;
- 12) informowanie Administratora Danych o wynikach dokonywanych sprawdzeń i kontroli;
- 13) podejmowanie odpowiednich działań w przypadku wystąpienia incydentów naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych;
- 14) inicjowanie i podejmowanie działań w zakresie doskonalenia systemu bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych w USK Nr 4 w Lublinie;
- 15) udzielania na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych zgodnie z art. 35 RODO oraz monitorowanie wykonania zaleceń opracowanych w wyniku wykonania oceny;
- 16) współpraca z organem nadzorczym;
- 17) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego oraz osób, których dane dotyczą, w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

§ 71

Inspektor Ochrony Danych ma uprawnienia do przeprowadzania działań kontrolnych w komórkach organizacyjnych szpitala, niezbędnych do:

- 1) realizacji nadzoru nad procesami przetwarzania danych osobowych;
- 2) dokonywania stwierdzenia zgodności z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych;
- 3) dokonywania stwierdzenia stosowania środków zabezpieczenia danych osobowych;
- 4) realizacji działań w sytuacji wystąpienia incydentów naruszeń bezpieczeństwa danych.

ROZDZIAŁ XIII

Kapelan

§ 72

Kapelan w Szpitalu zapewnia realizację praw pacjenta do opieki duszpasterskiej, w tym prawo do kontaktu z duchownym w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia.

CZĘŚĆ III

Organizacja i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych

DZIAŁ A

Pion działalności

Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych

ROZDZIAŁ I

Zasady ogólne przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych

§ 1

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym statutowo oraz wykonuje działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez jednostki/komórki organizacyjne USK Nr 4 w Lublinie działalności medycznej lub jednostki zewnętrzne, którym USK Nr 4 w Lublinie zleca przeprowadzenie świadczeń w trybie obowiązujących przepisów.
3. Informacja o zakresie świadczeń udzielanych przez USK Nr 4 w Lublinie jest podawana do wiadomości pacjentom na stronie internetowej USK Nr 4 w Lublinie, na tablicach informacyjnych na terenie USK Nr 4 w Lublinie oraz w broszurach informacyjnych.

§ 2

1. Upoważnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń USK Nr 4 w Lublinie są osoby ubezpieczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oraz inne osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów.
2. Każda osoba zgłaszająca się do leczenia zobowiązana jest do legitymowania się dokumentem identyfikującym z nr PESEL w celu ustalenia jej prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
3. W przypadku negatywnej weryfikacji w systemie eWUŚ, pacjent przyjęty w trybie nagłym może złożyć oświadczenie o uprawnieniu do świadczeń lub przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
4. Brak uprawnień do bezpłatnej opieki medycznej nie może stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się potrzebuje udzielenia świadczenia w trybie nagłym, z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia.
5. W sytuacji nieposiadania przez pacjenta aktualnego dokumentu umożliwiającego dokonanie potwierdzenia prawa do świadczeń, dokument należy przedstawić:
 - 1) w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego,
 - 2) w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli świadczenie jest udzielane w oddziale szpitalnym.

6. W razie nieprzedstawienia dokumentu w terminach określonych w ust. 5, pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych.
7. Osoby nieuprawnione do bezpłatnych świadczeń leczniczych mogą korzystać ze świadczeń USK Nr 4 w Lublinie na zasadzie odpłatności w oparciu o cenniki świadczeń medycznych.

§ 3

1. Każdy pacjent USK Nr 4 w Lublinie uzyskuje świadczenia zdrowotne zgodnie ze swoimi potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem najskuteczniejszych z możliwych w danych okolicznościach czynności diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych.
2. Na czas trwania planowych szkoleń organizowanych dla całego personelu medycznego (ostanie środy każdego miesiąca w godz. 8:00-9:30) kierownicy komórek organizacyjnych działalności medycznej zabezpieczają organizację udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych w niezbędnym zakresie, gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

§ 4

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje zawodowe, w świetle obowiązujących przepisów, zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz zasadami kodeksu etyki zawodowej.

§ 5

USK Nr 4 w Lublinie zapewnia ochronę informacji powziętych w procesie leczenia pacjenta oraz danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 6

1. USK Nr 4 w Lublinie zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem godności osobistej pacjenta, intymności i zasad moralnych oraz ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia.
2. Wszyscy pracownicy USK Nr 4 w Lublinie zobowiązani są do uprzejmego i życzliwego traktowania pacjentów oraz ich rodzin oraz respektowania praw wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta.

§ 7

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są według kolejności zgłaszania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W sytuacjach ograniczonej możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim potrzebującym w tym samym czasie lekarze ustalają kolejność dostępu pacjenta do świadczeń opierając się na obiektywnych kryteriach medycznych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach.

§ 8

USK Nr 4 w Lublinie prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnia ochronę przed dostępem do dokumentacji osób nieuprawnionych oraz udostępnia dokumentację na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta.

§ 9

Wszyscy pracownicy USK Nr 4 w Lublinie zobowiązani są do noszenia identyfikatorów z imieniem i nazwiskiem, tytułem naukowym lub zawodowym i określeniem stanowiska pracy.

§ 10

Informacja o prawach pacjenta dostępna jest dla pacjenta w formie pisemnej w każdej komórce organizacyjnej działalności medycznej, na tablicach informacyjnych zlokalizowanych na terenie USK Nr 4 w Lublinie oraz na stronie internetowej.

§ 11

1. USK Nr 4 w Lublinie zapewnia możliwość korzystania z posługi religijnej przez pacjentów hospitalizowanych.
2. Informacje dotyczące możliwości kontaktu z kapłanem szpitalnym oraz duchownymi innych wyznań udzielane są przez pracowników oddziału oraz w Sekretariacie Dyrekcji.

§ 12

USK Nr 4 w Lublinie zapewnia pacjentom hospitalizowanym możliwość korzystania z bezpłatnego depozytu szpitalnego na warunkach określonych w Regulaminie Depozytu.

§ 13

1. USK Nr 4 w Lublinie zapewnia bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego pacjentom uprawnionym w świetle obowiązujących przepisów, w oparciu o zlecenie lekarskie.
2. W odniesieniu do pacjentów nieuprawnionych do bezpłatnych przewozów USK Nr 4 w Lublinie zapewnia przewóz środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
3. Szczegółowe wytyczne w zakresie zlecenia transportu sanitarnego i zasad odpłatności za transport sanitarny określa Zarządzenie Wewnętrzne Dyrektora.

§ 14

1. W przypadku zgonu pacjenta, USK Nr 4 w Lublinie realizuje procedurę postępowania ze zwłokami gwarantującą poszanowanie godności osoby zmarłej.
2. Osobą odpowiedzialną za powiadomienie o zgonie osób lub instytucji wskazanych za życia przez pacjenta lub przedstawicieli ustawowych jest lekarz stwierdzający zgon i wystawiający kartę zgonu.
3. Przechowywanie zwłok w chłodni powyżej 72 godzin od zgonu jest odpłatne. Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu określa cennik usług z tytułu przechowywania zwłok.

§ 15

Na terenie USK Nr 4 w Lublinie obowiązuje zakaz spożywania alkoholu i palenia papierosów oraz e-papierosów.

ROZDZIAŁ II

Lecznictwo ambulatoryjne

§ 16

1. Poradnie Specjalistyczne określone w części I rozdziału II niniejszego Regulaminu i Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej są komórkami organizacyjnymi działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, stanowiącymi zakład leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, o nazwie „Poradnie Specjalistyczne i POZ”.
2. W strukturze organizacyjnej zakładu leczniczego wyodrębnia się:
 - 1) Poradnie Specjalistyczne z przydzielonymi pracownikami,
 - 2) Poradnię Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
 - 3) gabinety zabiegowe z punktem pobrania materiałów do badań,
 - 4) Rejestracje w lokalizacjach wskazanych w § 30.
3. Poza strukturą organizacyjną zakładu leczniczego „Poradnie Specjalistyczne i POZ” znajduje się gabinet do klasycznych badań rentgenowskich oraz gabinet ultrasonograficzny (część Pracowni Ultrasonografii), oba zlokalizowane w budynku głównym zespołu Poradni, stanowiące komórki organizacyjne Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej.

§ 17

1. Komórkami organizacyjnymi, o których mowa w § 16 ust. 2, kieruje Kierownik Poradni we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową oraz lekarzami kierującymi oddziałami szpitalnymi, z wyłączeniem Poradni Leczenia Żywnieniowego podległej osobie wyznaczonej przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie do koordynowania działań Lubelskiego Ośrodka Leczenia Żywnieniowego, o którym mowa w Rozdziale VII zatytułowanym „Ośrodki”.
2. Bezpośredni nadzór nad Kierownikiem Poradni sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
3. Do obowiązków Kierownika Poradni należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania zarządzanej jednostki,
 - 2) nadzór organizacyjny oraz koordynacja nad prawidłową pracą poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - 3) koordynowanie działań poszczególnych komórek organizacyjnych w zakresie ustalania ramowego rozkładu pracy, planu urlopów, szkoleń, zastępstw, w porozumieniu z lekarzami kierującymi oddziałami i pielęgniarkami oddziałowymi,
 - 4) sprawowanie nadzoru we współpracy z lekarzami kierującymi oddziałami nad poziomem udzielanych świadczeń medycznych,
 - 5) nadzór nad efektywnym wykorzystaniem czasu pracy, przestrzeganiem porządku i dyscypliny pracy, przepisów bhp, tajemnicy zawodowej, zasad ochrony danych osobowych oraz praw pacjenta przez osoby świadczące pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego,
 - 6) wnioskowanie w sprawach obsady osobowej i sposobu zatrudnienia,

- 7) wnioskowanie w sprawie zaopatrzenia zarządzanej jednostki w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
 - 8) nadzór nad prawidłową gospodarką produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w ramach zarządzanej jednostki,
 - 9) zapoznavanie pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych bezpośrednio podległymi Kierownikowi Poradni z zakresem ich zadań i obowiązków, uprawnieniami odpowiedzialnością,
 - 10) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie,
 - 11) integrowanie działań zarządzanej jednostki z innymi komórkami działalności medycznej (oddziałami, diagnostyką),
 - 12) rozpatrywanie wniosków i skarg pacjentów oraz ich rodzin na działalność zarządzanej jednostki,
 - 13) monitorowanie kosztów działalności poszczególnych Poradni, analizowanie przyczyn i skutków działalności deficytowej,
 - 14) nadzór organizacyjny i merytoryczny nad realizacją przez szpital umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z Narodowym Funduszem zdrowia i innymi płatnikami w odniesieniu do leczenia ambulatoryjnego,
 - 15) nadzór organizacyjny i merytoryczny, we współdziałaniu z lekarzami kierującymi oddziałami, nad realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w odniesieniu do leczenia ambulatoryjnego,
 - 16) czynny udział w Zespołach problemowych związanych z poprawą jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta,
 - 17) udział w procedurach związanych z kontraktowaniem świadczeń medycznych w odniesieniu do leczenia ambulatoryjnego,
 - 18) prowadzenie polityki Systemu Zarządzania Jakością w USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie i sprawowanie nad nią nadzoru,
 - 19) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń medycznych, standardów akredytacyjnych oraz ISO w Poradniach.
4. Kierownikowi Poradni podlegają bezpośrednio w sferze służbowej i organizacyjnej:
 - 1) lekarze zatrudnieni bezpośrednio w Poradniach,
 - 2) Zastępca Kierownika Poradni ds. Rejestracji.
 5. Kierownikowi Poradni pośrednio podlegają wszystkie osoby świadczące pracę w komórkach organizacyjnych wskazanych w § 16.
 6. Pielęgniarka Oddziałowa podlega bezpośrednio Kierownikowi Poradni w ramach zależności służbowej i w sferze organizacyjnej, z zastrzeżeniem sfery merytorycznej i innych spraw zastrzeżonych do kompetencji Naczelnej Pielęgniarki.
 7. Pielęgniarki Oddziałowej podlegają bezpośrednio w sferze służbowej, organizacyjnej i merytorycznej:
 - 1) pielęgniarki/położne świadczące pracę w Poradniach, pracowniach Poradni, gabinetach zabiegowych,
 - 2) technik ortopeda,
 - 3) technicy elektroradiologii (w Poradni Kardiologicznej),
 - 4) referent.

8. Zasady podległości, o których mowa w ust. 5-7, nie ograniczają uprawnień Kierownika Poradni do wydawania poleceń służbowych bezpośrednio wszystkim pracownikom komórek organizacyjnych wskazanych w § 16.
9. Personel zespołu „Poradni Specjalistycznych i POZ” stanowią:
 - 1) Kierownik Poradni,
 - 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
 - 3) Zastępca Kierownika Poradni ds. Rejestracji,
 - 4) lekarze zatrudnieni bezpośrednio w Poradniach oraz na zasadzie rotacji z oddziałów szpitalnych,
 - 5) pielęgniarki/położne zatrudnione w Poradniach i pracowniach Poradni,
 - 6) technicy elektroradiologii (w Poradni Kardiologicznej),
 - 7) technik ortopeda,
 - 8) statystycy medyczni,
 - 9) sekretarka medyczna.

1. Poradnie Specjalistyczne

§ 18

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są przez Poradnie Specjalistyczne określone w części I rozdział II niniejszego Regulaminu.

§ 19

1. Poradnie czynne są od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-15:30, z wyjątkiem Poradni Medycyny Pracy, która czynna jest w godzinach 7:00-14:35. Czas pracy poszczególnych poradni określa harmonogram dostępny w Rejestracji i na drzwiach każdej poradni.
2. W dni wolne od pracy oraz poza godzinami pracy Poradni porada lekarska w przypadkach nagłych może zostać udzielona przez lekarza dyżurnego w Klinicznym Oddziale Ratunkowym.

§ 20

1. Ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradniach korzystać mogą wszyscy pacjenci posiadający skierowanie od lekarza, z zastrzeżeniem specjalności w odniesieniu do których nie jest wymagane posiadanie skierowania.
2. Osoby nieposiadające skierowania mogą korzystać z usług poradni na zasadzie odpłatności, z wyłączeniem specjalności w odniesieniu do których nie jest wymagane posiadanie skierowania.
3. Osoby nieposiadające uprawnień do bezpłatnej opieki medycznej mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradniach na zasadach odpłatności.

§ 21

Poradnie realizują zasadę pierwszeństwa przyjęć uprawnionych do świadczeń zdrowotnych udzielanych poza kolejnością na mocy obowiązujących przepisów.

§ 22

1. Świadczenia udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia pacjenta, a w przypadku niemożności uzyskania świadczenia w dniu zgłoszenia – w możliwie najkrótszym terminie, z wyjątkiem świadczeń na udzielanie których obejmuje wydłużony termin oczekiwania, z uwagi na ograniczoną możliwość udzielenia świadczeń wszystkim potrzebującym w tym samym czasie.
2. W przypadku kontynuacji leczenia pacjenci uzyskują poradę w dniu wyznaczonym przez lekarza po uprzedniej rejestracji wizyty.

§ 23

1. Udzielenie porad ambulatoryjnych rozpoczyna się zgodnie z informacją dotyczącą godzin przyjęć w poszczególnych Poradniach znajdujących się w Rejestracji oraz na drzwiach poszczególnych Poradni.
2. W przypadku nieobecności lekarza w Poradni w dniu jego przyjęć lekarz kierujący oddziałem, w uzgodnieniu z Kierownikiem Poradni, ma obowiązek zapewnić zastępstwo w celu realizacji zaplanowanych wizyt.
3. W przypadkach wymaganych natychmiastowej pomocy pacjent jest przyjmowany poza kolejnością.

§ 24

Do podstawowych zadań Poradni należy w szczególności:

- 1) zapewnienie świadczeń ambulatoryjnych w reprezentowanych przez Poradnie specjalnościach,
- 2) diagnozowanie, orzekanie o stanie zdrowia i leczenie,
- 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
- 4) realizacja programów z zakresu lecznictwa i profilaktycznych,
- 5) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 25

Poradnie prowadzą wymaganą przepisami prawa dokumentację medyczną.

§ 26

Personel Poradni Specjalistycznych stanowią:

- 1) lekarze zatrudnieni bezpośrednio w Poradniach oraz na zasadzie rotacji z oddziałów szpitalnych,
- 2) pielęgniarki/położne zatrudnione/wykonujące pracę w Poradniach i pracowniach Poradni,
- 3) technicy elektroradiologii (w Poradni Kardiologicznej),
- 4) technik ortopeda.

2. Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)

§ 27

1. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są świadczenia zdrowotne w warunkach ambulatoryjnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych, pacjentom, którzy złożyli deklaracje wyboru POZ, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Świadczenia w POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie zapobiegawcze lub ograniczenie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnacja pacjenta. Udzielanie świadczeń zapewnia realizację zadań określonych przez Ministra Zdrowia w stosownym rozporządzeniu, w szczególności:
 - 1) badania i porady lekarskie,
 - 2) diagnostykę i leczenie,
 - 3) kierowanie na leczenie specjalistyczne, szpitalne, uzdrowiskowe oraz do opieki długoterminowej,
 - 4) opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą,
 - 5) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
 - 6) obowiązkowe szczepienia ochronne,
 - 7) opiekę nad niepełnosprawnymi,
 - 8) edukację zdrowotną i profilaktykę chorób,
 - 9) świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, leczenie, rehabilitacyjne oraz socjalne pielęgniarstwa POZ,
 - 10) świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, leczenie, opiekę położnej POZ.
3. W podstawowej opiece zdrowotnej realizuje się następujące zakresy świadczeń:
 - 1) świadczenia lekarza POZ: świadczenia udzielane grupie pacjentów z listy, porady udzielane w stanach nagłych zachorowań pacjentów spoza listy oraz na podstawie przepisów o koordynacji jak również porady w ramach programów profilaktycznych,
 - 2) świadczenia pielęgniarki POZ: świadczenia udzielane grupie pacjentów z listy na podstawie katalogu świadczeń pielęgniarstwa w POZ, oraz pacjentom spoza listy w stanach nagłych zachorowań oraz na podstawie przepisów o koordynacji jak również porady w ramach programów profilaktycznych,
 - 3) świadczenia położnej POZ: świadczenie przysługuje pacjentom z listy: edukacji przedporodowej kobiet w ciąży, przygotowanie do odbycia porodu, świadczenia opieki nad noworodkiem do ukończenia 6 tygodnia życia, opieka nad kobietami w okresie połogu, świadczenie w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych oraz świadczenia udzielane w stanach nagłych zachorowań pacjentom spoza listy oraz na podstawie przepisów o koordynacji.

§ 28

1. POZ zapewnia adekwatne do umów z NFZ udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy.
2. Świadczenia POZ udzielane są w siedzibie USK Nr 4 w Lublinie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00-18:00.
3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki POZ realizowane są poza siedzibą USK Nr 4 w Lublinie przez podmiot wybrany w trybie konkursowym. Informacje o podmiocie realizującym świadczenie w zakresie jw. podawane są do wiadomości pacjentów.
4. Udzielane świadczenia muszą być poprzedzone rejestracją pacjenta, osobistą lub telefoniczną, bądź dokonywaną przez osobę reprezentującą pacjenta po okazaniu dokumentu tożsamości z numerem PESEL.

§ 29

Personel POZ stanowią:

- 1) lekarze,

- 2) pielęgniarki/położne,
- 3) sekretarka medyczna.

3. Rejestracje

§ 30

1. Udzielenie świadczenia zdrowotnego w Poradniach Specjalistycznych i POZ poprzedzone jest rejestracją pacjenta dokonywaną osobiście przez pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta, rejestracją telefoniczną lub elektroniczną.
2. Osoby dokonujące rejestracji zobowiązane są do przedstawienia skierowania od lekarza oraz dokumentu identyfikującego pacjenta z nr PESEL.
3. Rejestracji dokonuje się w jednostkach organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie „Rejestracjach” zlokalizowanych:
 - 1) w budynku głównym szpitala (poziom „-1”) - Rejestracja Poradni Neurochirurgicznej i Rehabilitacyjnej,
 - 2) w budynku Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii na parterze - Rejestracja Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc,
 - 3) w budynku zespołu Poradni na parterze - pozostałe Poradnie.
4. Rejestracje czynne są codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-15:30.
5. Pracownik Rejestracji po zarejestrowaniu pacjenta wskazuje gabinet lekarski i informacje o przewidywanym terminie, w tym kolejność udzielenia porady oraz przekazuje dokumentację dotyczącą pacjenta do Poradni.
6. Rejestracja zobowiązana jest do zarejestrowania zgodnie ze wskazaniem pacjenta, z określeniem możliwie najwcześniejszego terminu przyjęcia.
7. Po zakończeniu porady dokumentacja jest zwracana przez Poradnie do Rejestracji.

§ 31

1. Do zadań Rejestracji zlokalizowanej w budynku zespołu Poradni Specjalistycznych należy:
 - 1) rejestrowanie i zakładanie „historii zdrowia i choroby” pacjentom zgłaszającym się do poradni oraz pracowni: kardiologicznych, endoskopii przewodu pokarmowego,
 - 2) prowadzenie księgi przyjęć (porad ambulatoryjnych),
 - 3) udzielanie informacji na temat zasad przyjęć oraz godzin przyjęć poszczególnych poradni i lekarzy,
 - 4) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur osobom przyjmowanym w poradniach, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych,
 - 5) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur za udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej wykonywanych na rzecz osób fizycznych, paragon fiskalny/faktura wystawiane są na rzecz osób fizycznych za pobraniem,
 - 6) sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych paragonów fiskalnych/ faktur i przekazywanie ich do Działu Rozliczeń Usług Medycznych – Sekcji Świadczeń Ambulatoryjnych i Działu Finansowo-Księgowego,
 - 7) prowadzenie archiwum „historii zdrowia i choroby” pacjentów przyjmowanych w poradniach,
 - 8) udostępnianie pacjentom kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej,
 - 9) obsługa call center,

- 10) obsługa systemu kolejkowego poradni.
2. Do zadań Rejestracji Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc oraz Poradni Alergii Oddechowej należy:
 - 1) rejestrowanie i zakładanie „historii zdrowia i choroby” pacjentom zgłaszającym się do poradni,
 - 2) prowadzenie księgi przyjęć (porad ambulatoryjnych),
 - 3) udzielanie informacji na temat zasad przyjęć oraz godzin przyjęć poszczególnych poradni i lekarzy,
 - 4) prowadzenie archiwum „historii zdrowia i choroby” pacjentów przyjmowanych w obsługiwanych poradniach,
 - 5) udostępnianie pacjentom kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej,
 - 6) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur za udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej wykonywanych na rzecz osób fizycznych, paragon fiskalny/faktura wystawiane są na rzecz osób fizycznych za pobraniem,
 - 7) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur osobom przyjętym w poradniach, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych paragonów fiskalnych/faktur i przekazywanie ich do Działu Rozliczeń Usług Medycznych – Sekcji Świadczeń Ambulatoryjnych i Działu Finansowo-Księgowego.
3. Do zadań Rejestracji Poradni Neurochirurgicznej oraz Poradni Rehabilitacyjnej należy:
 - 1) rejestrowanie i zakładanie „historii zdrowia i choroby” pacjentom zgłaszającym się do poradni,
 - 2) prowadzenie księgi przyjęć (porad ambulatoryjnych),
 - 3) udzielanie informacji na temat zasad przyjęć oraz godzin przyjęć poszczególnych poradni i lekarzy,
 - 4) wystawianie paragonów fiskalnych / faktur osobom przyjmowanym w poradniach, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych paragonów fiskalnych / faktur i przekazywanie ich do Działu Rozliczeń Usług Medycznych – Sekcji Świadczeń Ambulatoryjnych i Działu Finansowo-Księgowego,
 - 5) prowadzenie archiwum „historii zdrowia i choroby” pacjentów przyjmowanych w obsługiwanych poradniach,
 - 6) udostępnianie pacjentom kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej,
 - 7) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur za udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej wykonywanych na rzecz osób fizycznych, paragon fiskalny/faktura wystawiane są na rzecz osób fizycznych za pobraniem.

§ 32

1. Organizacją pracy Rejestracji zarządza Zastępca Kierownika Poradni ds. Rejestracji.
2. Pozostały personel Rejestracji stanowią:
 - 1) statystyk medyczny,
 - 2) starszy statystyk medyczny,
 - 3) koordynator ds. rejestracji,
 - 4) koordynator ds. call center.

4. Poradnia Medycyny Pracy

§ 33

Poradnia Medycyny Pracy jest komórką organizacyjną działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie, do której zadań należy:

- 1) wykonywanie badań profilaktycznych pracowników USK Nr 4 w Lublinie:
 - a) wstępnych,
 - b) okresowych,
 - c) kontrolnych,
 - d) celowanych.
- 2) przeprowadzanie badań dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- 3) zabezpieczanie opieki profilaktycznej po ekspozycji na krew u pracowników eksponowanych,
- 4) nadzorowanie szczepień ochronnych przeciw WZW B,
- 5) przeprowadzanie wizytacji stanowisk pracy.

§ 34

Badania profilaktyczne wykonywane są na podstawie skierowań wydanych pracownikom przez Dział Kadr i Płac.

§ 35

Badania dla celów sanitarno-epidemiologicznych przeprowadzane są zgodnie z upływem terminów badań.

§ 36

Opieka profilaktyczna po ekspozycji na krew sprawowana jest spontanicznie – po zgłoszeniu przez pracownika zdarzenia kontaktu z krwią.

§ 37

Szczepienia ochronne przeciw WZW B przeprowadzane są zgodnie z kalendarzem szczepień.

§ 38

Poradnia Medycyny Pracy czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00-14:35.

§ 39

Personel Poradni Medycyny Pracy stanowią:

- 1) lekarz medycyny pracy,
- 2) pielęgniarka specjalistka medycyny pracy,
- 3) starsza pielęgniarka.

ROZDZIAŁ III

Lecznictwo zamknięte

1. Oddziały Szpitalne

§ 40

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną działalności leczniczej Szpitala.
2. Kliniki usytuowane na bazie oddziałów szpitalnych realizują działalność dydaktyczno-badawczą w połączeniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 41

1. Hospitalizacji w Oddziałach podlegają pacjenci:
 - 1) skierowani do leczenia szpitalnego przez specjalistów Poradni USK Nr 4 w Lublinie,
 - 2) skierowani przez lekarzy innych jednostek, po uprzednim zbadaniu i zakwalifikowaniu przez lekarzy z KOR, Izby Przyjęć Planowej i Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej,
 - 3) przyjmowani w trybie nagłym.
2. Ostateczną kwalifikację w sprawie hospitalizacji pacjentów skierowanych lub przyjmowanych w trybie nagłym podejmuje lekarz dyżurny KOR/ Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej.

§ 42

1. Przyjęcie do Oddziału następuje po dokonaniu przez pracowników KOR/ Izby Przyjęć czynności rejestracyjnych, po uprzednim zbadaniu chorego i zakwalifikowaniu do leczenia szpitalnego przez lekarza dyżurnego.
2. Pacjenci przyjmowani są w Izbie Przyjęć Planowej każdego dnia roboczego, do godziny 15⁰⁰ oraz całodobowo we wszystkie dni tygodnia w przypadkach nagłych w KOR, Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej.

§ 43

1. Pacjenci przyjmowani są w trybie planowym, tj. w terminie wyznaczonym przez Oddział oraz w trybie nagłym - w przypadkach nagłych.
2. Pacjenci oczekujący na świadczenia zdrowotne wpisywani są na listę przyjęć planowych pacjentów oczekujących.

§ 44

1. Z chwilą przyjęcia do Oddziału pacjent zapoznaje się z organizacją Oddziału i jego topografią, uzyskuje informacje o możliwości kontaktu z lekarzem prowadzącym oraz o przysługujących pacjentowi prawach (broszura informacyjna).
2. Badanie w celu ustalenia rozpoznania jak również leczenia pacjenta jest przeprowadzane niezwłocznie po jego przyjęciu do Szpitala.
3. Rozkład dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania pacjentów uwzględnia godziny obchodów lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziałów m.in. spożywanie

posiłków przez pacjentów, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych, mierzenie ciepłoty ciała, tętna itp.

4. W porze przeznaczonej na posiłki dla pacjentów nie przeprowadza się badań i zabiegów, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki.

§ 45

1. Oddział zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej w powiązaniu z działalnością dydaktyczno-naukową,
 - 2) niezbędne środki farmaceutyczne, materiały medyczne i sprzęt medyczny,
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - 4) informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia, zabiegach leczniczych i diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach, rokowaniach i ewentualnym ryzyku oraz o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego,
 - 5) dostęp do opieki duszpasterskiej,
 - 6) możliwość kontaktu osobistego, telefonicznego lub pisemnego z osobami z zewnątrz,
 - 7) możliwość dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osoby wskazane przez pacjenta.
2. Kontakt osobisty pacjenta z osobami z zewnątrz może zostać ograniczony w przypadku zagrożenia epidemiologicznego.

§ 46

Informacji o stanie zdrowia pacjenta mogą udzielać wyłącznie lekarze kierujący Oddziałami, lekarze prowadzący lub dyżurni, osobom wskazanym przez pacjenta lub upoważnionym na mocy odrębnych przepisów.

§ 47

Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz diagnostyki podwyższonego ryzyka wymagają pisemnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela, z wyjątkiem gdy:

- 1) pacjent nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody i nie ma przedstawiciela ustawowego lub nie ma możliwości szybkiego kontaktu z przedstawicielem ustawowym, a zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia - udzielenie świadczenia następuje w oparciu o protokół konieczności podpisany przez dwóch lekarzy specjalistów; istnieje obowiązek powiadomienia sądu opiekuńczego lub przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego o dokonanym zabiegu,
- 2) pacjent nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody i nie ma przedstawiciela ustawowego lub nie ma możliwości szybkiego kontaktu z przedstawicielem ustawowym i kierowany jest wniosek o wyrażenie zgody zastępczej przez sąd – wówczas zgodę wyraża sąd opiekuńczy.

§ 48

Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze, zależnie od stanu zdrowia, przyprowadzani są do miejsca wykonywania świadczenia pod opieką personelu medycznego, przywożeni na wózkach lub przenoszeni na noszach.

§ 49

Odwiedzanie pacjentów na oddziałach odbywa się na zasadach określonych w „Regulaminie odwiedzin pacjentów hospitalizowanych i sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej”.

§ 50

Szczegółowe uprawnienia pacjenta związane z procesem udzielania świadczenia określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 51

1. Wypisowi z Oddziału podlegają pacjenci:
 - 1) których stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) na własne żądanie lub żądanie przedstawiciela ustawowego,
 - 3) uporczywie naruszający obowiązujące zasady porządkowe, w przypadku niezachodzenia obawy, iż odmowa świadczenia spowoduje bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia.
2. Osoba wypisywana „na własne żądanie” jest informowana o możliwych następstwach zaprzestania hospitalizacji i o konieczności pisemnego potwierdzenia wypisu na żądanie. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku w/w oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku zgłoszenia żądania wypisu pacjenta przez przedstawiciela ustawowego pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszej hospitalizacji – istnieje możliwość odmowy wypisania pacjenta do czasu wydania decyzji sądu opiekuńczego.
4. Pacjent, którego stan zdrowia nie uzasadnia dalszego pobytu w Szpitalu i nieopuszczający Szpitala, lub osoba na której w stosunku do pacjenta ciąży obowiązek alimentacyjny – ponosi koszty pobytu, począwszy od dnia, w którym pacjent podlegał wypisowi.

§ 52

1. Pacjentowi wypisywanemu przekazuje się kartę informacyjną w dwóch egzemplarzach, receptę, zwolnienie lekarskie, niezbędne skierowania, a w przypadku pacjentów nie ubezpieczonych – rachunek za koszty leczenia.
2. Pacjent wypisywany lub jego przedstawiciele - otrzymują wskazówki dotyczące zaleconych czynności leczniczo-pielęgnacyjnych, sposobu przyjmowania leków oraz zalecenia dotyczące trybu życia; w zależności od stanu zdrowia i potrzeb otrzymuje informacje odnośnie dalszego leczenia i o niezbędnych badaniach kontrolnych.
3. Oddział uzgadnia transport pacjenta karetką (w uzasadnionych przypadkach) lub kontaktuje się z jego rodziną w sprawie transportu.
4. W uzasadnionych przypadkach – pielęgniarka zobowiązana jest do nawiązania kontaktu z pielęgniarką środowiskową w sprawie dalszej opieki nad pacjentem.

§ 53

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, mogą być poddane sekcji w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala, o ile osoba ta za życia lub jej przedstawiciel nie wyrazili sprzeciwu.
2. O zaniechaniu sekcji zwłok z powodu sprzeciwu sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw.
3. Zasad określonych w ust. 1-2 nie stosuje się w przypadkach:

- 1) określonych w kodeksie postępowania karnego
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić jednoznacznie,
 - 3) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
4. W dokumentacji medycznej osoby zmarłej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

§ 54

Pobranie organów zmarłego pacjenta dla celów transplantacji może nastąpić tylko w warunkach ściśle określonych odrębnymi przepisami prawa.

§ 55

1. Lekarze Oddziału zobowiązani są prowadzić na bieżąco historie chorób pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Zapisy w historii chorób dotyczące przebytych hospitalizacji powinny być dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez lekarza kierującego Oddziałem, pełniącego funkcję Kierownika Kliniki.
3. Historia choroby pacjenta wypisanego, zakończona i podpisana przez lekarza prowadzącego wraz z egzemplarzem karty informacyjnej podlega przedstawieniu lekarzowi kierującego Oddziałem, pełniącego funkcję Kierownika Kliniki.
4. Zakończona historia choroby podlega przekazaniu do Archiwum Centralnego nie później niż w terminie do 10 dni od wypisu pacjenta z Oddziału, z zastrzeżeniem:
 - 1) w przypadku wykonania sekcji - w terminie do 3 dni od daty otrzymania protokołu badania sekcyjnego,
 - 2) w przypadku badania histopatologicznego - w terminie do 3 dni od daty wyniku badania histopatologicznego, gdy wynik ten jest konieczny do ustalenia ostatecznego rozpoznania.
5. Lekarze udzielający konsultacji lub innych świadczeń zdrowotnych na zlecenie innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą są zobowiązani do bieżącego przekazywania informacji o zakończonych konsultacjach lub innych świadczeniach do Działu Finansowo-Księgowego celem obciążenia podmiotu zlecającego kosztami zrealizowanych świadczeń.

§ 56

1. Oddziałem zarządza „lekarz kierujący Oddziałem”.
2. W Oddziałach, na bazie których funkcjonują Kliniki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, osobą odpowiedzialną za działalność dydaktyczną i badawczą jest Kierownik Kliniki, który może pełnić równocześnie funkcję lekarza kierującego Oddziałem.
3. Pozostały personel Oddziału stanowią:
 - 1) zastępca lekarza kierującego Oddziałem pełniącego funkcję Kierownika Kliniki,
 - 2) starsi asystenci,
 - 3) asystenci,
 - 4) młodszy asystenci,
 - 5) lekarz rezydent,
 - 6) lekarz stażysta,
 - 7) pielęgniarka/położna oddziałowa,
 - 8) zastępca pielęgniarki/położnej oddziałowej,

- 9) pielęgniarka/położna koordynująca,
- 10) pielęgniarka/położna specjalista,
- 11) starsza pielęgniarka/położna,
- 12) pielęgniarka/położna,
- 13) kierownik zespołu średniego personelu medycznego,
- 14) zastępca kierownika zespołu średniego personelu medycznego,
- 15) technik,
- 16) starszy technik,
- 17) rejestratorka medyczna,
- 18) starsza rejestratorka medyczna,
- 19) statystyk medyczny,
- 20) starszy statystyk medyczny,
- 21) sekretarka medyczna,
- 22) starsza sekretarka medyczna,
- 23) referentka,
- 24) starsza referentka,
- 25) salowa,
- 26) starsza salowa,
- 27) sanitariusz szpitalny.

2. Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki

§ 57

1. Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki tworzy wraz z Kliniką Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych bazę dla funkcjonowania Kliniki Nefrologii.
2. W Klinikum Oddziale Sztucznej Nerki funkcjonuje stacja dializ z 15-toma stanowiskami dializacyjnymi.

§ 58

1. W Klinikum Oddziale Sztucznej Nerki udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie hemodializ pacjentom z terminalną niewydolnością nerek własnych.
2. Kwalifikacji pacjenta do leczenia dializoterapią dokonuje lekarz prowadzący leczenie danego pacjenta w Klinikum Oddziale Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych po uzgodnieniu z lekarzem kierującym Oddziałem.
3. Stacja Dializ zapewnia miejsce dializacyjne każdemu choremu wymagającemu leczenia powtarzanymi hemodializami, z zastrzeżeniem § 60 ust. 4.

§ 59

W zakres świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom zakwalifikowanym do leczenia nerkozastępczego wchodzi:

- 1) hemodializy 3 razy w tygodniu po 4-5 godzin,
- 2) laboratoryjne badanie (raz w miesiącu),
- 3) niezbędna diagnostyka współistniejących schorzeń,
- 4) badanie lekarskie przed każdą hemodializą,
- 5) opieka nad dostępem naczyniowym,

- 6) leczenie niedokrwistości nerkozastępczej, osterodystrofii nerkowej, wyrównywanie zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforowej - w każdym przypadku występowania wskazanych komplikacji,
- 7) inne świadczenia - stosowane do potrzeb pacjenta i wskazań lekarza.

§ 60

1. Świadczenia w zakresie hemodializ przewlekłych udzielane są w systemie zmianowym, uwzględniają średni czas trwania hemodializy:
 - 1) od godz. 7⁰⁰ - 12⁰⁰
 - 2) od godz. 13⁰⁰ - 18⁰⁰
 - 3) od godz. 19⁰⁰ - 23⁰⁰
 - 4) od godz. 23⁰⁰ - 3⁰⁰.
2. Na ostatniej zmianie dializowani są pacjenci z innych ośrodków dializacyjnych oraz pacjenci wymagający dializ z powodu ostrej niewydolności nerek jak również pacjenci rozpoczynający leczenie.
3. Świadczenia udzielane są poza harmonogramem określonym w ust. 1 w każdym przypadku objawów niewydolności nerek zagrażających życiu pacjenta.
4. W przypadku braku możliwości stałego dializowania w Stacji Dializ spowodowanego brakiem miejsca, uwarunkowanego liczbą aparatów, pracownicy Klinicznego Oddziału Sztucznej Nerki podejmują działania w celu zapewnienia pacjentowi miejsca w Stacji Dializ innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

§ 61

W przypadku zgłoszenia przez pacjenta woli przeszczepu nerki lekarze Stacji Dializ dokonują oceny stanu zdrowia pacjenta i w przypadku braku przeciwwskazań wdrażają procedurę specjalistycznych badań niezbędnych do zgłoszenia chorego na Centralną Listę Biorców.

§ 62

1. Klinicznym Oddziałem Sztucznej Nerki zarządza lekarz kierujący Oddziałem pełniący równocześnie funkcję Kierownika Kliniki Nefrologii.
2. Realizację świadczeń zdrowotnych zapewnia zespół lekarzy specjalistów zatrudnionych bezpośrednio w Oddziale, jak również lekarzy zatrudnionych w Klinicznym Oddziale Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych oraz personel pielęgniarski Oddziału.
3. Nadzór nad innym niż lekarze personelem medycznym Klinicznego Oddziału Sztucznej Nerki sprawuje Oddziałowa.

§ 63

Lekarze zatrudnieni w Klinicznym Oddziale Sztucznej Nerki udzielają również świadczeń zdrowotnych w Poradni Nefrologicznej, nad którą nadzór medyczny sprawuje lekarz kierujący Klinicznym Oddziałem Sztucznej Nerki.

§ 64

1. Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki współpracuje z:
 - 1) komórkami organizacyjnymi działalności diagnostycznej - w zakresie zlecanych badań diagnostycznych,
 - 2) innymi Oddziałami - w zakresie niezbędnych konsultacji,

- 3) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej - w zakresie spraw związanych z ruchem chorych,
 - 4) Z Archiwum Centralnym - w zakresie spraw związanych z archiwizowaniem i udostępnianiem dokumentacji medycznych.
2. Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki współpracuje z komórkami działalności administracyjno-finansowej w zakresie spraw należących kompetencyjnie do poszczególnych Działów.

3. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej w Klinicznym Oddziale Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobietych

§ 65

1. W Klinicznym Oddziale Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobietych, udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, funkcjonują następujące wskaźniki opieki okołoporodowej:
 - 1) odsetek porodów drogami natury bez nacięcia krocza,
 - 2) odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych w trakcie porodu,
 - 3) odsetek porodów drogami natury bez stymulacji/indukcji oksytocyną,
 - 4) odsetek cięć cesarskich,
 - 5) odsetek matek karmiących wyłączenie naturalnie w dniu wypisu.
2. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej, o których mowa w ust. 1, następuje raz w roku ze względu na występujące różnice liczby porodów w poszczególnych miesiącach.
3. Ocena satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową monitorowana jest poprzez zachęcanie i wskazanie na możliwość wypełniania „ankiety satysfakcji pacjentki”.
4. Do dnia 31 stycznia następnego roku lekarz kierujący Klinicznym Oddziałem Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobietych przygotowuje dane statystyczne w zakresie wskaźników opieki okołoporodowej przedstawiając raport w zakresie jw. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wraz z podsumowaniem zawierającym rekomendacje dotyczące propozycji działań w zakresie poprawy jakości opieki oraz ocenę satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową w oparciu o „ankiety satysfakcji pacjentki”.
5. Dokumentowanie działań wskazanych w ust. 2 i 3 następuje w formie raportu, o którym mowa w ust. 4.

4. Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii

§ 66

Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii jest jednostką USK Nr 4 w Lublinie, w ramach której funkcjonują następujące komórki organizacyjne:

- 1) Kliniczny Oddział Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej:
 - a) Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej z Ośrodkiem Umiarowień,
 - b) Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki i Ambulatoryjnej Opieki Kardiologicznej,

- c) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej,
- 2) Kliniczny Oddział Kardiologii Inwazyjnej:
 - a) Pracownia Hemodynamiki,
 - b) Pracownia Wad Strukturalnych Serca,
- 3) Kliniczny Oddział Elektrokardiologii:
 - a) Pracownia Elektrofizjologii,
 - b) Pracownia Elektroterapii,
 - c) Pracownia Telekardiologii,
- 4) Kliniczny Oddział Kardiochirurgii z Pracownią Mechanicznego Wspomagania Krążenia.

§ 67

Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii ma na celu skoordynowanie pracy wchodzących w jego skład komórek, poprzez zwiększenie współpracy pomiędzy nimi na etapach: konsultacji i kwalifikacji pacjentów, nieinwazyjnych badań diagnostycznych, ustalania harmonogramu zabiegów oraz koordynacji opieki pozabiegowej wewnątrzszpitalnej i ambulatoryjnej.

§ 68

Szczegółowe zasady funkcjonowania Uniwersyteckiego Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii zostały określone w Regulaminie stanowiącym Załącznik Nr 21 do niniejszego Regulaminu.

5. Sekretariaty medyczne

§ 69

- 1. Sekretariaty medyczne funkcjonują w ramach Oddziałów/Zakładów i podlegają bezpośrednio lekarzowi kierującemu Oddziałem/ Kierownikowi Zakładu.
- 2. Sekretariat medyczny został ponadto powołany do obsługi biurowo-administracyjnej działu Naczelnej Pielęgniarki USK Nr 4 w Lublinie.

§ 70

- 1. Sekretariaty medyczne wykonują prace kancelaryjne w zakresie określonym w obowiązującej „Instrukcji Kancelaryjnej”.
- 2. W szczególności do obowiązków pracowników sekretariatów należy:
 - 1) prowadzenie sekretariatu, kalendarza lekarza kierującego Oddziałem, przyjmowanie interesantów, ustalanie terminu spotkań,
 - 2) prowadzenie prac kancelaryjnych dotyczących korespondencji, w tym korespondencji w EZD, dokumentacji oraz innych pism, zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami,
 - 3) drukowanie list obecności dla lekarzy oddziału na każdy miesiąc, nadzorowanie bieżącego podpisywania listy obecności, dokonywanie adnotacji o absencji lekarzy, przekazywanie kompletnej listy obecności po zakończonym miesiącu do Działu Kadr i Płac, najpóźniej do drugiego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,
 - 4) przekazywanie informacji właściwym pracownikom oddziału o wpływających pismach, zarządzeniach wewnętrznych Szpitala,
 - 5) koordynacja konsultacji lekarskich pomiędzy oddziałami Szpitala oraz konsultacji w innych jednostkach, obsługa administracyjna tj. przekazywanie zleceń, monitorowanie realizacji,

- 6) prowadzenie i aktualizacja listy pacjentów oczekujących na hospitalizację (zgodnie z wymogami organizacyjnymi szpitala oraz wymogami NFZ), bieżąca komunikacja z pacjentami oraz współpraca z Izbą Przyjęć Planową w zakresie przyjęć,
- 7) obsługa administracyjna planów operacyjnych i zabiegowych (prowadzenie ewidencji planów, terminowe rejestrowanie w systemie informatycznym, współpraca z blokiem operacyjnym) zgodnie z wymogami NFZ,
- 8) wprowadzanie planów zabiegów do systemu Szpitala,
- 9) udział w przygotowaniu i obsłudze konferencji, szkoleń wewnątrzkliniicznych,
- 10) udział w organizacji szkolenia podyplomowego na terenie Oddziału (planowanie terminów pobytu stażystów w Oddziale, wykonywanie prac administracyjnych dotyczących organizacji szkolenia podyplomowego lekarzy),
- 11) sporządzanie grafików pracy lekarzy (planowanie, ewidencjonowanie dyżurów, rozliczanie czasu pracy),
- 12) dostarczanie do Działu Kadr i Płac pierwszego dnia każdego miesiąca planowanych na bieżący miesiąc dyżurów lekarzy,
- 13) dostarczanie do Działu Kadr i Płac wykonanych grafików lekarzy do drugiego dnia następnego miesiąca,
- 14) bieżące dostarczanie do Działu Kadr i Płac dowodów usprawiedliwionej nieobecności w pracy – wniosków o urlop szkoleniowy, okolicznościowy,
- 15) współpraca z oddziałami, działami i innymi jednostkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie i podmiotami zewnętrznymi,
- 16) inne czynności związane ze stanowiskiem pracy, zlecone przez bezpośredniego przełożonego.

ROZDZIAŁ IV

Kliniczny Oddział Ratunkowy, Centrum Urazowe i Izby Przyjęć

1. Kliniczny Oddział Ratunkowy – zasady ogólne

§ 71

1. Kliniczny Oddział Ratunkowy stanowi wyodrębnioną komórkę organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie, do której zadań należy:
 - 1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - 2) wyspecjalizowana pomoc medyczna we wszystkich stanach zagrożenia życia, w zaburzeniach indywidualnych i zaburzeniach masowych,
 - 3) stałe zabezpieczenie możliwości przyjmowania pacjentów z innych jednostek ochrony zdrowia,
 - 4) współdziałanie z regionalnym systemem ratownictwa medycznego oraz współpraca z innymi służbami medycznymi w regionie,
 - 5) zabezpieczenie ruchu chorych wymagających hospitalizacji w przypadkach nagłych.
2. W Klinicznym Oddziale Ratunkowym nie odbywają się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym.

§ 72

1. Bazę lokalową Klinicznego Oddziału Ratunkowego tworzą następujące obszary:
 - 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu,
 - 2) resuscytacyjno-zabiegowy,
 - 3) wstępnej intensywnej terapii,
 - 4) terapii natychmiastowej z salą zabiegową i salą opatrunków gipsowych,
 - 5) obserwacji,
 - 6) konsultacyjny,
 - 7) szybkiej diagnostyki radiologicznej,
 - 8) zaplecza administracyjno-gospodarczego.
2. W obszarze KOR zlokalizowane są również dwie sale operacyjne z pełnym wyposażeniem.

§ 73

1. Osoby wymagające realizacji świadczeń w KOR podlegają segregacji medycznej i są przydzielane do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia im świadczeń zdrowotnych:
 - 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem,
 - 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut,
 - 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut,
 - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut,
 - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

2. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być kierowane ze Klinicznego Oddziału Ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
 - 1) do lekarza POZ zadeklarowanego przez pacjenta - w dniach od poniedziałku do piątku od godziny 8:00 do 18:00,
 - 2) na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - w dni powszednie pomiędzy godziną 18:00 a 8:00 rano dnia następnego; natomiast w soboty, niedziele i święta - całodobowo.

§ 74

1. Świadczenia w ramach KOR udzielane są pacjentom zgłaszającym się do Szpitala i legitymującym się dokumentem identyfikującym z nr PESEL w celu ustalenia ich prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
2. Osoba, której zostało udzielone w KOR świadczenie medyczne w przypadkach nagłych (nagłe zachorowanie, wypadek, uraz, zatrucie, stan zagrożenia życia, poród), powinna okazać dokument umożliwiający dokonanie potwierdzenia prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego.
3. W razie nieprzedstawienia dokumentu w terminie określonym w ust. 2, pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych wg obowiązującego cennika. Dokument sprzedaży stanowi paragon fiskalny wystawiony w dniu udzielenia porady, konsultacji, na żądania pacjenta lub w przypadku braku zapłaty gotówką lub kartą płatniczą - faktura do paragonu fiskalnego.
4. Transport Lotniczy Pogotowiem Ratunkowym mający na celu ratowanie życia i osób w stanach zagrożenia, które uległy wypadkowi lub zachorowaniu z Klinicznego Oddziału Ratunkowego do stosownego oddziału szpitalnego jest transportem bezpłatnym.

§ 75

1. Lekarz KOR podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do Klinicznego Oddziału Ratunkowego w czasie maksymalnie 4 godzin od czasu przybycia do oddziału, rejestrowanego na wydruku z automatu biletowego.
2. Lekarz dyżurny KOR, tj. lekarz kierujący oddziałem lub inny wyznaczony przez niego lekarz systemu, podejmuje decyzję o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala albo odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w czasie maksymalnie 48 godzin od czasu przybycia do oddziału, rejestrowanego na wydruku z automatu biletowego.
3. W przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej, personel KOR dokonuje przyjęć pacjentów do oddziałów w trybie nagłym tj. z pominięciem obowiązujących w trybie planowanym zasad przyjęć do Szpitala, w czasie ograniczonym do wykonania niezbędnych badań i konsultacji.
4. W celu zapewnienia w Szpitalu kontynuacji leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie z KOR i innych oddziałów, zabezpiecza się odpowiednią, określoną w zarządzeniu Dyrektora Szpitala, liczbę łóżek szpitalnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala, wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (rezerwa łóżkowa).

5. Za organizację każdego dnia wg stanu na godz. 8:00 należy rezerwy łóżek na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie przez lekarza dyżurnego KOR lub kierownika zespołu urazowego, odpowiada lekarz kierujący oddziałem/pierwszy lekarz dyżurny.
6. Rezerwa łóżkowa, o której mowa w ust. 4, może zostać także wykorzystana przez lekarza kierującego Kliniką Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii w celu udostępnienia niezbędnych stanowisk intensywnej terapii.
7. Przy wyczerpaniu rezerwy łóżek, o której mowa w ust. 4, lekarz dyżurny KOR może podjąć decyzję o skierowaniu pacjenta na leczenie do innego niż zalecany oddział szpitalny. W takim przypadku docelowy oddział szpitalny pacjenta organizuje miejsce i dokonuje przyjęcia w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od chwili przeniesienia z KOR, ze skutkiem wstrzymania do tego czasu przyjęć planowych.

§ 76

1. W przypadkach przyjęć pacjentów - ofiar katastrof (naturalnych lub wywołanych przez ludzi) obowiązuje tryb przyjęć z pominięciem obowiązujących zasad, oparty o procedurę segregacji ofiar katastrofy, w zależności od oceny stanu zdrowia.
2. W procedurze postępowania z pacjentem w przypadku katastrof – personel KOR we współpracy z I dyżurnym Kliniki Chirurgii Ogólnej odpowiada za przygotowanie do przyjęcia ofiar katastrof, tj. za powiadomienie lekarzy dyżurnych specjalności niezbędnych do diagnostyki i wdrożenia leczenia chorych, przygotowanie leków, zestawów narzędzi i sprzętu niezbędnego do udzielenia pomocy medycznej w stanie zagrożenia życia, powiadomienia personelu traktu operacyjnego o konieczności przygotowania sal operacyjnych zgodnie z procedurą.
3. Czas pobytu pacjentów w warunkach Klinicznego Oddziału Ratunkowego powinien być ograniczony do niezbędnych konsultacji i diagnostyki.

§ 77

1. W procedurze postępowania z pacjentami, których tożsamości nie można ustalić z powodu braku dokumentów, braku osób bliskich, utrudnionego kontaktu z powodu zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności – obowiązuje zasada zgłoszenia na policję i odnotowania w dokumentacji medycznej KOR przyjęcia pacjenta niezidentyfikowanego.
2. Pracownicy KOR mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonej tożsamości oraz wpisania w dokumentacji medycznej charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, godzina, miejsce, z którego został przywieziony, jak również podjęcia prób identyfikacji pacjenta na podstawie znalezionych przy pacjencie adresów, telefonów).

§ 78

W przypadku stwierdzenia przez lekarzy dyżurnych Klinicznego Oddziału Ratunkowego braku wskazań do leczenia szpitalnego – pacjentowi udzielane jest świadczenie zdrowotne w warunkach ambulatoryjnych i wydawana Karta Informacyjna KOR.

§ 79

1. Za właściwą opiekę nad chorymi zgłaszającymi się do KOR a w szczególności za sprawne kierowanie ruchem chorych, tj. szybkie diagnozowanie, uzgodnienie konsultacji, sprawne

udzielanie pomocy ambulatoryjnej lub przyjęcia do szpitala odpowiedzialny jest I-szy dyżurny lekarz KOR wyznaczony w harmonogramie przez lekarza kierującego Oddziałem.

2. Pracę w Klinicznym Oddziale Ratunkowym wykonują lekarze zatrudnieni w KOR, wg harmonogramu pracy w KOR, oraz lekarze zabezpieczający pracę KOR z ramienia Klinicznego Oddziału Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Pododdziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej z Ośrodkiem Umiarowień, Klinicznego Oddziału Kardiologii Inwazyjnej, Klinicznego Oddziału Elektrokardiologii, Klinicznego Oddziału Ortopedii i Traumatologii, Klinicznego Oddziału Neurologii, Klinicznego Oddziału Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Klinicznego Oddziału Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych, Klinicznego Oddziału Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Klinicznego Oddziału Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych, Klinicznego Oddziału Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Chorób Wewnętrznych oraz Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego, stosownie do harmonogramów, w systemie całodobowym.
3. W zakresie podanym w ust. 1 I dyżurnemu lekarzowi KOR podlegają wszyscy pracownicy KOR stanowiący obsadę dyżurową w danym dniu.

§ 80

1. Nadzór fachowy nad pacjentem KOR-u pełni lekarz dyżurny do momentu rozpoznania schorzenia i przekazania chorego na Oddział lub wewnętrznie lekarza konsultującego i pozostawienie chorego pod jego opieką.
2. Lekarze KOR uprawnieni są do korzystania z konsultacji dyżurnych specjalistów z wszystkich Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie oraz w razie potrzeby konsultacji zleczanych na zewnątrz szpitala.
3. Powiadomienie konsultanta odbywa się za pomocą telefonu komórkowego wg obowiązujących schematów. Czas oczekiwania na przybycie konsultanta wezwanego w trybie pilnym nie może przekraczać 15 minut.
4. W przypadkach udzielania świadczeń wobec pacjenta z urazem wielonarządowym, ostrym zespołem wieńcowym, udarem mózgu aktywowane są odpowiednie lekarskie zespoły zadaniowe (Zespół Urazowy – Trauma Team, Zespół Udarowy, Zespół Kardiologiczny) zgodnie z obowiązującymi standardami i stosownymi procedurami. Lekarze uczestniczący w takich zespołach zadaniowych są zobowiązani do stawienia się w ciągu 5 minut od otrzymania zgłoszenia.

§ 81

1. W przypadkach spornych dotyczących przyjęcia pacjenta decyzję podejmuje jednoosobowo, na wniosek lekarza dyżurnego, pierwszy lekarz dyżurny Klinicznego Oddziału Ratunkowego, wskazując jednocześnie oddział do którego chory ma być skierowany.
2. W przypadku postępowania z pacjentem urazowym ostateczną decyzję podejmuje Kierownik Zespołu Urazowego (Trauma Team), którym jest pierwszy lekarz dyżurny Kliniki Chirurgii Ogólnej.
3. Obowiązek zorganizowania właściwych warunków przyjęcia pacjenta należy do lekarza dyżurnego Oddziału, do którego pacjent jest kierowany.

§ 82

W przypadku wypadków masowych i katastrof lekarz dyżurny KOR ma obowiązek zawiadomić natychmiast Pierwszego Lekarza Dyżurnego Kliniki Chirurgii Ogólnej i lekarza kierującego oddziałem oraz Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.

§ 83

1. Kliniknym Oddziałem Ratunkowym kieruje lekarz kierujący oddziałem.
2. Pozostały personel Klinicznego Oddziału Ratunkowego stanowią:
 - 1) zastępca lekarza kierującego oddziałem,
 - 2) starsi asystenci,
 - 3) asystenci,
 - 4) młodszy asystenci,
 - 5) lekarze dyżurni KOR,
 - 6) koordynator KOR,
 - 7) zastępca koordynatora KOR – pielęgniarka,
 - 8) koordynator dyżuru – pielęgniarka/ratownik medyczny,
 - 9) pielęgniarka KOR,
 - 10) ratownik medyczny KOR,
 - 11) starszy ratownik medyczny KOR,
 - 12) sanitariusz/salowa KOR,
 - 13) rejestratorka medyczna,
 - 14) referentka,
 - 15) statystyk medyczny.

2. Centrum Urazowe

§ 84

Na bazie Klinicznego Oddziału Ratunkowego, Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, oddziałów zabiegowych i Bloku Operacyjnego będących w zasobach USK Nr 4 w Lublinie oraz zatrudnionego w w/w komórkach organizacyjnych personelu funkcjonuje Centrum Urazowe.

§ 85

Do zadań Centrum Urazowego należy kompleksowa i szybka diagnoza oraz wielospecjalistyczne leczenie pacjentów urazowych z ciężkimi, mnogimi obrażeniami ciała, będącymi następstwem urazów wielonarządowych.

§ 86

Skład osobowy, tryb postępowania oraz kryteria uruchomienia Zespołu Urazowego (Trauma Team) zostały określony w „Procedurze postępowania z pacjentem z ciężkimi obrażeniami ciała, aktywacja i zadania Zespołu Urazowego (Trauma Team)” – Procedura SZJ.

3. Izba Przyjęć Planowa – zasady ogólne

§ 87

1. Izba Przyjęć Planowa stanowi wyodrębnioną komórkę organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie, do której zadań należy przyjęcie pacjentów w trybie planowym.
2. W procedurze planowanych przyjęć pacjentów do oddziałów, w Izbie Przyjęć Planowej dokonywane są następujące czynności:
 - 1) sprawdzanie dokumentów uprawniających do przyjęcia tj.:
 - a) skierowania lekarza,
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta, tj. dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej (osoby do 18 roku życia), e-dowodu w aplikacji mObywatel,
 - 2) weryfikacja prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ - w przypadku, gdy system eWUŚ nie potwierdzi prawa pacjenta do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub gdy nie został nadany mu numer PESEL, pacjent może przedstawić inny dokument potwierdzający uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub złożyć „oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej”,
 - 3) rejestracja pacjenta – wprowadzenie danych osobistych pacjenta do komputera, wydrukowanie dokumentacji,
 - 4) zapoznanie pacjenta z Kartą Praw Pacjenta, z wyjątkiem pacjentów, których stan zdrowia uniemożliwia świadome zapoznanie się z informacjami o przysługujących im uprawnieniach,
 - 5) dostarczenie bielizny szpitalnej, pomoc w przebraniu na życzenie pacjenta,
 - 6) spisanie i zabezpieczenie ubrania pacjenta i innych rzeczy osobistych oraz przekazanie ich do magazynu rzeczy chorych,
 - 7) pomoc przy toalecie na życzenie pacjenta,
 - 8) doprowadzenie/dowiezienie pacjenta do oddziału i przekazanie jego dokumentacji medycznej pielęgniarce, jeśli wymaga tego stan pacjenta.
3. W przypadku pacjenta zgłaszającego się do hospitalizacji w trybie planowym, decyzję o kwalifikacji i przyjęciu podejmuje lekarz z oddziału, do którego pacjent jest kierowany.
4. Lekarz dyżurny KOR nie ma obowiązku zajmowania się pacjentem przyjmowanym w trybie planowym ani podejmowania jakichkolwiek działań związanych z prowadzeniem kolejki oczekujących dla innych oddziałów.

4. Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza

§ 88

Zadaniem Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej jest udzielanie pomocy doraźnej w stanach ginekologicznych i położniczych zakończonych wypisem oraz zabezpieczenie ruchu pacjentek wymagających hospitalizacji w przypadkach przyjęć w trybie nagłym lub planowym do oddziałów ginekologiczno-położniczych.

§ 89

1. Izbę Przyjęć Ginekologiczno-Położniczą stanowi wydzielony obszar szpitala, w skład którego wchodzi:
 - 1) poczekalnia
 - 2) dział rejestracji przyjęć
 - 3) gabinet badań ginekologiczny
 - 4) gabinet badań położniczych
 - 5) gabinet badań USG i KTG
 - 6) pomieszczenia przygotowawcze dla pacjentek
 - 7) gabinet lekarski.
2. Izba przyjęć Ginekologiczno-Położnicza pracuje w systemie ciągłym.

§ 90

1. Świadczenia w ramach Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej udzielane są pacjentkom zgłaszającym się do szpitala:
 - 1) ze skierowaniem do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - 2) po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość, tj. dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej (osoby do 18 roku życia), e-dowodu w aplikacji mObywatel,
 - 3) po zweryfikowaniu w systemie eWUŚ prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej - w przypadku, gdy system eWUŚ nie potwierdzi prawa pacjentki do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub gdy nie został nadany jej numer PESEL, pacjentka może przedstawić inny dokument potwierdzający uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub złożyć „oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej”.
2. W przypadku nagłego zachorowania, stanu zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki, kobiety ciężarnej/płodu lub porodu świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania.
3. W przypadku braku prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych wg obowiązującego cennika. Dokument sprzedaży stanowi paragon fiskalny wystawiony w dniu udzielenia porady, konsultacji, na żądania pacjenta lub w przypadku braku zapłaty gotówką lub kartą płatniczą - faktura do paragonu fiskalnego.

§ 91

1. W procedurze planowanych przyjęć pacjentek do oddziałów, w Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej dokonywane są następujące czynności:
 - 1) sprawdzanie dokumentów uprawniających do przyjęcia tj.:

- a) skierowania lekarza (w przypadkach wymaganych),
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjentki, tj. dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej (osoby do 18 roku życia), e-dowodu w aplikacji mObywatel,
- 2) weryfikacja prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ - w przypadku, gdy system eWUŚ nie potwierdzi prawa pacjentki do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub gdy nie został nadany jej numer PESEL, pacjentka może przedstawić inny dokument potwierdzający uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub złożyć „oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej”,
 - 3) rejestracja pacjentki - wprowadzenie danych osobistych pacjentki do komputera, wydrukowanie dokumentacji,
 - 4) badanie pacjentki przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej,
 - 5) zapoznanie pacjentki z Kartą Praw Pacjenta, z wyjątkiem pacjentek, których stan zdrowia uniemożliwia świadome zapoznanie się z informacjami o przysługujących im uprawnieniach,
 - 6) ocena stanu higienicznego pacjentki,
 - 7) dostarczenie bielizny szpitalnej, pomoc w przebraniu na życzenie pacjentki,
 - 8) spisanie i zabezpieczenie ubrania pacjentki i innych rzeczy osobistych oraz przekazanie ich do magazynu rzeczy chorych,
 - 9) pomoc przy toalecie na życzenie pacjentki,
 - 10) doprowadzenie/dowiezienie pacjentki do oddziału i przekazanie dokumentacji medycznej położnej dyżurnej.
2. W przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej przyjęcie pacjentek do Oddziałów odbywa się w trybie nagłym tj. z pominięciem obowiązujących w trybie planowym zasad przyjęć do Szpitala, w czasie ograniczonym do wykonania niezbędnych badań i konsultacji medycznych.
 3. Czas pobytu pacjentek w Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej powinien być ograniczony do wykonania niezbędnej diagnostyki i konsultacji medycznych.

§ 92

1. W procedurze postępowania z pacjentkami, których tożsamości nie można ustalić z powodu braku dokumentów, braku osób bliskich, utrudnionego kontaktu, zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności obowiązuje zasada zgłoszenia na policję i odnotowania w dokumentacji medycznej Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej przyjęcia pacjentki niezidentyfikowanej.
2. Personel Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej ma obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjentki o nieustalonej tożsamości oraz wpisania w dokumentacji medycznej Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej charakterystyki pacjentki (płeć, rysopis, godzina, miejsce, z którego została przywieziona, jak również podjęcia prób identyfikacji pacjentki na podstawie znalezionych przy pacjentce adresów, telefonów).

§ 93

W przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej braku wskazań do leczenia szpitalnego, pacjentce udzielane jest świadczenie zdrowotne w warunkach ambulatoryjnych i wydawana jest Karta Informacyjna.

§ 94

1. Za właściwą opiekę nad pacjentkami zgłaszającymi się do Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej i sprawne kierowanie ruchem chorych, tj. szybkie diagnozowanie, uzgodnienie konsultacji, udzielenie pomocy ambulatoryjnej lub przyjęcie do szpitala odpowiedzialni są lekarze Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej.
2. Pracę w Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej w godzinach 8⁰⁰-15³⁵ wykonują lekarze z Klinicznego Oddziału Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety, Klinicznego Oddziału Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej oraz Klinicznego Oddziału Ginekologii i Położnictwa.
3. Od godziny 15³⁵ do 8⁰⁰ dnia następnego dyżur w Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej pełni dyżurny lekarz położnik-ginekolog.
4. W zakresie podanym w ust. 1 lekarzom dyżurnym podlegają wszyscy pracownicy Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej pracujący zgodnie z planem pracy w danym dniu.

§ 95

1. Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położniczą kieruje lekarz kierujący Klinicznym Oddziałem Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety.
2. Pozostały personel Izby Przyjęć stanowią:
 - 1) lekarz dyżurny Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej,
 - 2) położna oddziałowa Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej,
 - 3) zastępca położnej oddziałowej,
 - 4) położna Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej,
 - 5) statystyk medyczny,
 - 6) sanitariusz szpitalny,
 - 7) referentka.

ROZDZIAŁ V

Zakłady

1. Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej

§ 96

1. W strukturze Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej funkcjonują:
 - 1) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - 2) gabinety do klasycznych badań rentgenowskich,
 - 3) Pracownia Ultrasonografii,
 - 4) Pracownia Izotopowa klasy II,
 - 5) Pracownia obrazowania PET/CT,
 - 6) Pracownia obrazowania SPET/CT,
 - 7) Pracownia obrazowania tarczycy,
 - 8) pokój terapii z użyciem radiofarmaceutyków,
 - 9) laboratorium analityczne oznaczeń metodami radioizotopowymi.
2. Działalność pracowni badań i terapii radioizotopowej wchodzących w skład Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej polega na zamierzonym podawaniu substancji promieniotwórczych ludziom w celach diagnostycznych i leczniczych, jak również na wykonywaniu oznaczeń ciał biologicznie czynnych we krwi metodami radioizotopowymi. Działalność ta prowadzona jest na podstawie zezwolenia Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Zakładzie tylko w wydzielonym obszarze, będącym pracownią izotopową klasy II.
3. W gabinetach i pracowniach Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej realizowane są:
 - 1) badania rentgenowskie,
 - 2) ultrasonografia,
 - 3) tomografia komputerowa,
 - 4) biopsje pod kontrolą skopii, USG i tomografii komputerowej,
 - 5) badania radioizotopowe w tym pozytonowa tomografia emisyjna (PET),
 - 6) terapia radioizotopowa,
 - 7) radioizotopowe badania pozaustrojowe.

§ 97

Świadczenia wykonywane są w godzinach:

- 1) całodobowo - badania rentgenowskie, USG i tomografii komputerowej wykonywane w trybie natychmiastowym,
- 2) od 8⁰⁰ do 18⁰⁰ - w gabinetach do klasycznych badań rentgenowskich (z wyjątkiem gabinetów zlokalizowanych w budynku Poradni Specjalistycznych i POZ i w Izbie Przyjęć) oraz w gabinecie USG (na II piętrze),
- 3) od 8⁰⁰ do 15⁰⁰ - w gabinecie do klasycznych badań rentgenowskich zlokalizowanym w budynku Poradni Specjalistycznych i POZ,
- 4) od 7⁰⁰ do 18⁰⁰ - w pracowni tomografii komputerowej,
- 5) od 8⁰⁰ do 16⁰⁰ - w pracowniach badań izotopowych i terapii izotopowej oraz badań PET w budynku PET.

§ 98

1. Badania wykonywane są w trybie:
 - 1) planowym – badania kierowane z poradni u pacjentów, u których nie występuje stan bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia,
 - 2) pilnym – badania kierowane z jednostek szpitalnych u pacjentów, u których nie występuje stan bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia oraz u pacjentów ambulatoryjnych z poważnymi schorzeniami wymagającymi pilnego postępowania terapeutycznego,
 - 3) natychmiastowym – w stanach zagrożenia życia.
2. Badania w sytuacji zagrożenia życia wykonywane są natychmiast, w najbliższym możliwym czasie w dniu zgłoszenia.
3. Termin (godzina) badania w stanach zagrożenia życia uzgodniony jest telefonicznie z lekarzem kierującym.
4. Czas oczekiwania na badania pilne, w przypadku pacjentów hospitalizowanych nie przekracza:
 - 1) 1 dzień – dla zdjęć przeglądowych i badań pozaustrojowych,
 - 2) 1-3 dni – dla badań kontrastowych, radioizotopowych i TK,
 - 3) 1-2 dni – dla badań ultrasonograficznych.
5. Czas oczekiwania na badania planowe, u pacjentów ambulatoryjnych nie powinien przekraczać 3 tygodni, jednak jest uzależniony od wielkości kontraktu NFZ i związanej z nim kolejki oczekujących.
6. Termin planowanego badania radiologicznego lub izotopowego dla pacjentów ambulatoryjnych ustalony jest w momencie złożenia skierowania.
7. W przypadku niemożności ustalenia terminu badania w momencie złożenia skierowania – o planowanym terminie badania pacjent lub lekarz kierujący zawiadamiany jest pisemnie lub telefonicznie.
8. Czas oczekiwania na terapię radioizotopową (po zakwalifikowaniu) wynosi przeciętnie 2–3 tygodnie i zależy on od możliwości wyprodukowania i sprowadzenia przeznaczonej dla danego pacjenta substancji promieniotwórczej.

§ 99

1. Świadczenia diagnostyczne realizowane są na podstawie skierowań:
 - 1) lekarzy USK Nr 4 w Lublinie,
 - 2) innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, poradni i gabinetów prywatnych (na zasadzie odpłatności).
2. W przypadku braku prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych wg obowiązującego cennika. Dokument sprzedaży stanowi paragon fiskalny wystawiony w dniu wykupienia świadczenia medycznego, na żądania pacjenta lub w przypadku braku zapłaty gotówką lub kartą płatniczą - faktura do paragonu fiskalnego.

§ 100

1. Wyniki badań i dokumentacja zdjęciowa badań RTG wykonywanych w trybie pilnym – wydawane są bezpośrednio po ich wykonaniu.

2. Wyniki badań realizowanych w trybie planowym lub pilnym wydawane są lekarzom kierującym lub upoważnionym przez nich pracownikom w rejestracji zakładu w godzinach od 7³⁰ do 15⁰⁰ od poniedziałku do piątku.
3. Wyniki badań radiologicznych i radioizotopowych wykonywanych na zlecenie lekarza z Poradni Specjalistycznych USK Nr 4 w Lublinie wydawane są do rejestracji Poradni Specjalistycznych i POZ (badania finansowane przez NFZ) oraz bezpośrednio pacjentom.
4. Czas oczekiwania na wyniki badań pilnych i planowych wynosi jeden dzień, a w razie konieczności zasięgnięcia konsultacji – do trzech dni.

§ 101

Personel Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej stanowią:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) Zastępcy Kierownika,
- 3) asystenci (lekarze specjaliści medycyny nuklearnej lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz rezydenci),
- 4) Kierownicy zespołu techników i ich zastępcy,
- 5) elektroradiolodzy,
- 6) pielęgniarki,
- 7) radiofarmaceuci,
- 8) fizycy,
- 9) diagności laboratoryjni (biolodzy),
- 10) technicy analityki medycznej,
- 11) rejestratorki (statystycy medyczni),
- 12) sekretarki medyczne.

§ 102

Personel Zakładu pracuje w systemie zmianowym według harmonogramu czasu pracy ustalonego przez Dyrektora Szpitala na wniosek Kierownika Zakładu.

2. Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii

§ 103

W Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii świadczenia udzielane są w pracowniach:

- 1) Angiograficznej - diagnostyczne badania naczyniowe i zabiegi z zakresu radiologii zabiegowej (embolizacja, angioplastyka, protezowanie dróg żółciowych, moczowych i inne),
- 2) Rezonansu Magnetycznego - obrazowe badania diagnostyczne oraz biopsje pod kontrolą MR,
- 3) Ultrasonograficznej - obrazowe badania diagnostyczne i zabiegi z zakresu radiologii zabiegowej (biopsja, USG ze środkiem kontrastowym CEUS, drobne zabiegi pod kontrolą USG).

§ 104

1. Świadczenia w pracowniach: Angiograficznej i Ultrasonograficznej wykonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 13:00. W sytuacjach zagrożenia życia

pacjenta zabiegi wykonywane są w trybie cito bez względu na porę czy dni ustawowo wolne od pracy.

2. W Pracowniach Rezonansu Magnetycznego badania planowe wykonywane są od poniedziałku do piątku w systemie 2-u zmianowym w godz. 8:00-13:00; 13:00-18:00 i dyżurowym w godzinach od 13:00-21:00 oraz badania ze wskazań nagłych w trakcie dyżurów weekendowych od piątku godz. 21:00 do poniedziałku godzina 8:00.

§ 105

1. Badania/zabiegi w przypadkach niecierpiących zwłoki wykonywane są niezwłocznie w dniu zgłoszenia, w innych przypadkach - w uzgodnionym trybie odroczonym z uwzględnieniem ogólnego stanu zdrowia pacjenta.
2. Okres oczekiwania na planowe badania i zabiegi naczyniowe nie przekracza trzech dni, USG - jeden dzień i rezonans magnetyczny - do 3 m-cy.
3. Termin badania ustalony jest według pilności przypadków i kolejności zgłaszania.
4. O terminie badania lekarz kierujący lub pacjent informowani są w dniu zgłoszenia.

§ 106

1. Podstawą udzielenia świadczenia są skierowania od lekarzy USK Nr 4 w Lublinie, innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą i posiadających umowę z USK Nr 4 w Lublinie oraz z gabinetów prywatnych (na zasadzie odpłatności).
2. W przypadku braku prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych wg obowiązującego cennika. Dokument sprzedaży stanowi paragon fiskalny wystawiony w dniu wykupienia świadczenia medycznego, na żądania pacjenta lub w przypadku braku zapłaty gotówką lub kartą płatniczą - faktura do paragonu fiskalnego.

§ 107

Wyniki badań/ zabiegów wydawane są w dniu wykonania badania lub dnia następnego - od poniedziałku do piątku w godzinach: 8:00-15:00.

§ 108

Personel Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii stanowią:

- 1) Lekarz Kierujący Zakładem,
- 2) Zastępca Lekarza Kierującego Zakładem,
- 3) Kierownik Średniego Personelu Medycznego,
- 4) Zastępca Kierownika średniego personelu medycznego,
- 5) starszy asystent,
- 6) młodszy asystent,
- 7) rezydent,
- 8) specjalista fizyk medyczny,
- 9) inspektor ochrony radiologicznej,
- 10) młodszy asystent elektroradiologii,
- 11) starszy technik elektroradiologii – Koordynator,
- 12) technik Elektroradiologii,
- 13) pielęgniarka specjalistka,
- 14) pielęgniarka,
- 15) starszy statystyk medyczny – Koordynator,
- 16) starszy statystyk medyczny,

- 17) starsza sekretarka medyczna,
- 18) sekretarka medyczna,
- 19) rejestratorka medyczna,
- 20) sanitariuszka.

3. Zakład Fizjoterapii

§ 109

1. Zakład Fizjoterapii udziela świadczeń w zakresie:
 - 1) wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych,
 - 2) prowadzenia zajęć rekreacyjnych.
2. Zakład Fizjoterapii prowadzi również wynajem obiektów Zakładu do celów rehabilitacji i rekreacji na warunkach określonych w umowie z najemcą.

§ 110

1. Świadczenia w Zakładzie wykonywane są na podstawie:
 - 1) zlecenia lekarskiego wystawionego przez uprawnionych lekarzy zgodnie z umową z LOW NFZ dla pacjentów ambulatoryjnych w zakresie skierowania na fizjoterapię ambulatoryjną,
 - 2) zlecenia lekarskiego wystawionego przez uprawnionych lekarzy zgodnie z umową z LOW NFZ dla pacjentów USK Nr 4 w Lublinie,
 - 3) ustalonego przez fizjoterapeutę w trakcie wizyty fizjoterapeutycznej planu fizjoterapii,
 - 4) indywidualnych lub grupowych zleceń odpłatnych.
2. W przypadku braku prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych wg obowiązującego cennika. Dokument sprzedaży stanowi paragon fiskalny wystawiony w dniu wykupienia świadczenia medycznego, na żądania pacjenta lub w przypadku braku zapłaty gotówką lub kartą płatniczą - faktura do paragonu fiskalnego.

§ 111

1. Udzielenie świadczenia poprzedzone jest rejestracją dokonaną osobiście przez pacjenta, telefonicznie lub przez osobę reprezentującą pacjenta w godzinach 7³⁰-17³⁰.
2. Rejestracja Zakładu mieści się w budynku głównym szpitala (poziom „-1”).
3. Osoby, które mają wykonywane zabiegi na podstawie e-skierowania zobowiązane są do pozostawienia numeru zlecenia w rejestracji Zakładu oraz przedstawienia dowodu osobistego z numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta oraz dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.
4. Osoby, które chcą skorzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych odpłatnie, dokonują opłaty według cennika oraz wypełniają stosowne oświadczenie dotyczące zapoznania się z przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu.

§ 112

Na prośbę pacjenta po zakończeniu zabiegów Zakład wydaje zaświadczenia o odbytych zabiegach i ich terminie.

§ 113

1. Pacjent z e-skierowaniem dokonuje rejestracji skierowania osobiście lub telefonicznie, gdzie wpisywany jest do „elektronicznego harmonogramu przyjęć” i ma ustalany termin wizyty fizjoterapeutycznej.
2. Najpóźniej w dniu rozpoczęcia realizacji świadczeń, pacjenci otrzymują kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej i świadome zgody na zabiegi.

§ 114

Realizacja świadczeń fizjoterapeutycznych odbywa się (w zależności od zleconych zabiegów) w dziale:

- 1) fizykoterapii (obok rejestracji Zakładu, poziom -1 - Strefa „E” Szpitala),
- 2) hydroterapii (budynek główny poziom „0” - Strefa „A” Szpitala),
- 3) kinezyterapii (sala gimnastyczna, basen, poziom „0” - Strefa „D” Szpitala),
- 4) pokój masażystów (poziom „0” - Strefa „D” Szpitala).

§ 115

1. Zakład Fizjoterapii pracuje w systemie dwuzmianowym od poniedziałku do piątku w godz. 7⁰⁰-19⁰⁰.
2. Dla poszczególnych grup pacjentów (NFZ, Oddziały i inni) są wyznaczone godziny przyjęć.

§ 116

Personel Zakładu Fizjoterapii stanowią:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) Zastępca Kierownika Zakładu,
- 3) starszy asystent fizjoterapii,
- 4) młodszy asystent fizjoterapii,
- 5) asystent fizjoterapii,
- 6) starszy fizjoterapeuta,
- 7) fizjoterapeuta,
- 8) starszy technik masażysta,
- 9) technik masażysta,
- 10) ratownik wodny,
- 11) statystyk medyczny – rejestracja

4. II Zakład Fizjoterapii

§ 117

1. II Zakład Fizjoterapii udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - 1) udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w ramach kompleksowej rehabilitacji narządu ruchu,
 - 2) usprawniania pacjentów przebywających na Oddziałach Szpitala,
 - 3) indywidualnego podejścia do potrzeb każdego pacjenta, z zastosowaniem precyzyjnych, kompleksowych i wielokierunkowych działań terapeutycznych.
2. Dbając o wysoki poziom świadczonych usług oraz mając na uwadze skuteczność postępowania rehabilitacyjnego, fizjoterapeuci stosują powszechnie znane i uznane metody terapeutyczne oparte na aktualnej wiedzy medycznej.

§ 118

1. Zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane są na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego, wystawionego przez uprawnionego lekarza danego Oddziału USK Nr 4 w Lublinie.
2. Zlecenia są realizowane zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania fizjoterapeutycznego.

§ 119

1. Realizacja świadczeń fizjoterapeutycznych odbywa się na terenie USK Nr 4 w Lublinie.
2. Po wykonaniu zlecenia pacjent oraz fizjoterapeuta zobowiązani są do złożenia własnoręcznego podpisu na karcie zabiegowej.
3. Fizjoterapeuta ma obowiązek wprowadzenia zrealizowanego zlecenia do systemu szpitalnego AMMS w dniu wykonania świadczenia.
4. Dane osobowe pacjentów podlegają ochronie zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych (RODO).

§ 120

1. II Zakład Fizjoterapii funkcjonuje w systemie jednozmianowym.
2. Zakład pracuje od poniedziałku do soboty, zgodnie z ustalonym grafikiem.
3. W przypadkach uzasadnionych potrzebami pacjentów lub decyzją Dyrekcji Szpitala, możliwe jest wprowadzenie zmian organizacyjnych w systemie pracy.
4. Pracownicy Zakładu zobowiązani są do wykonywania obowiązków zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz obowiązującymi przepisami prawa oraz przepisów BHP.
5. Fizjoterapeuci są zobowiązani do ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez udział w kursach, szkoleniach i konferencjach naukowych.

§ 121

Personel II Zakładu Fizjoterapii stanowią:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) Zastępca Kierownika Zakładu,
- 3) młodszy asystent fizjoterapii,
- 4) asystent fizjoterapii,
- 5) fizjoterapeuta,
- 6) starszy fizjoterapeuta,
- 7) sekretarka medyczna.

5. Zakład Patomorfologii

§ 122

Zakład Patomorfologii stanowi wyodrębnioną komórkę organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie, do której zadań należy wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu następujących badań:

- 1) badania cytologiczne,
- 2) badania histopatologiczne,
- 3) badania śródoperacyjne,
- 4) badania mikroskopii elektronowej,
- 5) badania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej pod kontrolą Usg,

- 6) badania konsultacyjne na podstawie preparatów oraz bloczków parafinowych wykonanych w innych podmiotach leczniczych,
- 7) badania autopsyjne.

§ 123

Procedury i standardy techniczne związane z wykonywaniem preparatów histologicznych realizowane w Zakładzie Patomorfologii odpowiadają aktualnym zaleceniom Polskiego Towarzystwa Patologów.

§ 124

W Zakładzie Patomorfologii wykonywane są badania na podstawie zleceń/skierowań:

- 1) lekarzy USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) innych niż USK Nr 4 w Lublinie podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 125

1. Badania histopatologiczne na rzecz innych podmiotów leczniczych wykonywane są na zasadzie odpłatności w oparciu o obowiązujący w USK Nr 4 w Lublinie cennik.
2. Zakład Patomorfologii dokonuje obciążenia innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą tytułem pobranych i przekazanych badań przez Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Specjalistycznej zarówno kosztami pobrania materiału jak i dokonania jego oceny.
3. Podstawą obciążenia innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest wystawiona faktura.

§ 126

1. Badania histopatologiczne wykonywane są w Zakładzie Patomorfologii w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 7³⁰-15⁰⁵.
2. Badania śródoperacyjne wykonywane są w Zakładzie Patomorfologii w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰-14³⁰. Wykonanie badań śródoperacyjnych w innych godzinach podlega uzgodnieniu z Kierownikiem Zakładu.

§ 127

1. Materiał do badań histopatologicznych przyjmowany jest wyłącznie na podstawie skierowania na badanie. Osobą uprawnioną do zlecenia badań histopatologicznych jest wyłącznie lekarz.
2. Skierowanie na badanie histopatologiczne musi zawierać następujące dane:
 - 1) dane pacjenta (płeć, imię, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, zawód),
 - 2) dane jednostki kierującej na badanie (dane podmiotu leczniczego),
 - 3) dane kliniczne i rozpoznanie kliniczne,
 - 4) poprzednie rozpoznania hist.-pat.,
 - 5) datę pobrania materiału,
 - 6) pieczęć i podpis lekarza kierującego na badanie,oraz odpowiednią adnotację:
 - 1) badanie pilne (cito) - w przypadku wskazań do pilnej diagnostyki,
 - 2) badanie związane z szybką ścieżką onkologiczną.

§ 128

Lekarz zlecający wykonanie badania histopatologicznego po otrzymaniu wyniku badania (rozpoznania histopatologicznego) ma obowiązek bezzwłocznego zgłoszenia wszelkich wątpliwości (niezgodności) związanych z wynikiem do Kierownika Zakładu lub do Zakładu Patomorfologii.

§ 129

1. Po zakończeniu badań wyniki przekazywane są do podmiotu zlecającego.
2. Odpisy wyników (kopie) wydawane są wyłącznie na wniosek jednostek kierujących na badanie i na wniosek pacjenta.
3. Drogą teleinformatyczną informacje związane z częścią kliniczną badań histopatologicznych przekazywane są wyłącznie uprawnionym podmiotom.
4. Wyniki i dokumentacja badań histopatologicznych jest archiwizowana z uwzględnieniem wymogów przepisów o dokumentacji medycznej.

§ 130

Materiał tkankowy niewykorzystany do badań histopatologicznych jest utylizowany po upływie 30 dni od przekazania wyniku do jednostki kierującej na badanie.

§ 131

Bloczki parafinowe i preparaty histologiczne udostępniane są do konsultacji i do przeprowadzania badań dodatkowych wyłącznie na pisemny wniosek podmiotu leczniczego i na wniosek pacjenta. Wniosek musi zawierać:

- 1) dane pacjenta,
- 2) numer badania histopatologicznego,
- 3) dane podmiotu leczniczego, w którym będzie konsultowany pacjent,
- 4) dane podmiotu leczniczego, w którym będą wykonywane badania dodatkowe,
- 5) dane lekarza wnioskującego o wypożyczenie,
- 6) adnotację, zgodnie z którą odpowiedzialność za zniszczenie lub zagubienie wypożyczonych blozków/preparatów ponosi wyłącznie wypożyczający.

§ 132

Personel Zakładu Patomorfologii stanowią:

- 1) lekarz kierujący Zakładem,
- 2) lekarz,
- 3) kierownik zespołu techników analityki medycznej,
- 4) młodszy technolog laboratoryjny,
- 5) młodszy asystent medycyny laboratoryjnej,
- 6) preparator.

ROZDZIAŁ VI

Pracownie

1. Pracownie z obszaru kardiologii i kardiochirurgii

Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki i Ambulatoryjnej Opieki Kardiologicznej

§ 133

W Klinicznym Oddziale Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej funkcjonuje Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki i Ambulatoryjnej Opieki Kardiologicznej udzielająca świadczenia z zakresu:

- 1) echokardiografii przezklatkowej (TTE), przezprzełykowej (TEE) i prób obciążeniowych,
- 2) Holtera EKG i RR,
- 3) EKG, prób wysiłkowych i tilt-testów.

§ 134

1. Świadczenia w Pracowni są realizowane w dni robocze w godzinach od 7:00 do 14:35.
2. Badania w Pracowni wykonuje się u pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Oddziale Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej oraz u pacjentów z innych Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie, u których konsultujący kardiolog je zlecił, oraz u pacjentów skierowanych z innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Dokumentem uprawniającym do realizacji świadczenia jest skierowanie na wykonanie badania.
4. Świadczenia udzielane są w zależności od stanu pacjenta w trybie:
 - 1) pilnym,
 - 2) planowym.
5. Terminy badań i zabiegów w Pracowni u pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 4 w Lublinie i pacjentów skierowanych z zewnątrz w trybie pilnym ustala się telefonicznie, po konsultacji z lekarzem prowadzącym lub po konsultacji pacjenta w Pracowni.
6. Terminy badań i zabiegów w Pracowni u pacjentów skierowanych w trybie planowym ustala się w oparciu o terminarz przyjęć planowych („lista osób oczekujących”).

§ 135

1. Za kompletność dostarczonej do Pracowni dokumentacji medycznej pacjenta (w tym zgody pacjenta na zabieg echokardiografii przezprzełykowej) odpowiada lekarz prowadzący.
2. Sprawdzenie tożsamości pacjenta i dostarczenie dokumentacji medycznej należy do technika Pracowni.
3. Sporządzenie przez lekarza opisu badania echokardiografii oraz próby wysiłkowej następuje bezpośrednio po zakończonym badaniu.

4. W przypadku monitorowania metodą Holtera EKG lub RR oraz tilt-testu wynik sporządzany jest niezwłocznie po odczytaniu badania przez lekarza.
5. Dokumentacja medyczna razem z pacjentem przekazywana jest na oddział.
6. Wszystkie badania są rejestrowane w Księżce Badań Pracowni (osobne dla wymienionych powyżej badań).
7. Wyniki badań wydawane są lekarzowi prowadzącemu w dniu wykonania badania lub w dniu następnym, a pacjentowi - w dniu wypisu.

§ 136

1. Pracownicy Pracowni są zobowiązani do ścisłego przestrzegania podstawowych zasad aseptyki, standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych, szczególnie w zakresie echokardiografii przezprzełykowej. Procedura dezynfekcji sondy dostępna jest w miejscu wykonywania badań echokardiografii.
2. Kolejność wykonywanych badań uwzględnia przerwy między badaniami umożliwiające sprzątanie oraz dezynfekcję gabinetu i sprzętu.
3. Personel Pracowni jest zobowiązany do dbania o powierzony im sprzęt do wykonywania badań.

§ 137

Do obowiązków technika elektroradiologii należy:

- 1) wykonywanie swoich obowiązków we współpracy z lekarzem,
- 2) zapewnienie opieki pacjentowi w czasie trwania badania - technik elektroradiologii powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celowości badania oraz czuwać nad bezpieczeństwem pacjenta,
- 3) wykonywanie badań według ustalonych metod,
- 4) przyjmowanie skierowań na badania z uwzględnieniem stopnia pilności,
- 5) sprawdzenie, czy skierowanie jest prawidłowo wypełnione (rodzaj badania, rozpoznanie, pieczętka, podpis lekarza kierującego),
- 6) przygotowanie i dbałość o aparaturę wchodzącą w skład wyposażenia Pracowni,
- 7) prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań w Księżce Badań Pracowni i ich archiwizacja.

Pracownia Hemodynamiki

§ 138

1. W Klinicznym Oddziale Kardiologii Inwazyjnej funkcjonuje Pracownia Hemodynamiki udzielająca świadczeń z zakresu koronarografii, angioplastyki i hemodynamiki.
2. W skład Pracowni Hemodynamiki wchodzi 2 sale zabiegowe (sala A i B) wraz z pomieszczeniami pomocniczymi.

§ 139

1. Badania i zabiegi hemodynamiczne wykonywane są we wszystkie dni tygodnia całodobowo, w ramach zabezpieczenia regionalnego pilnych zabiegów interwencyjnych.
2. Planowe badania i zabiegi odbywają się według wcześniej ustalonego harmonogramu. Zmiany w harmonogramie zabiegów mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Pracowni lub osoby przez niego wskazanej, odpowiedzialnej za zabiegi w danym dniu.

§ 140

1. Obowiązującymi standardami zabiegów są wytyczne AISN/PTK i ESC oraz ACC/AHA.
2. Zabiegi strukturalne (PFO, ASD, VSD, zastawki, zamykanie uszka LP) są wykonywane na Sali hybrydowej, po uprzedniej kwalifikacji przez konsylium kardiologiczno-kardiochirurgiczne (Heart Team).
3. Zabiegi udrażniania przewlekłe zamkniętych tętnic wieńcowych (powyżej 3 m-cy) są wykonywane po przeprowadzeniu nieinwazyjnej oceny żywotności mięśnia serca (scyntygrafia) i uprzedniej kwalifikacji przez Heart Team.
4. Konsultacje Heart Team prowadzi Kierownik Pracowni lub, w razie jego nieobecności, osoba przez niego wskazana.
5. W przypadku kwalifikacji przez Heart Team obowiązkiem operatora jest wyliczenie Syntax II i umieszczenie wyniku w raporcie z badania.
6. Kwalifikacja przez Heart Team odbywa się po przygotowaniu dokumentacji pacjenta wraz z wyliczonymi wartościami Syntax II i Euroscore 2.

§ 141

1. Za organizację pracy zespołu lekarskiego odpowiada Kierownik Pracowni, a personelu pielęgniarskiego i techników radiologii - pielęgniarka oddziałowa Pracowni.
2. Do każdego badania/zabiegu powinny być przydzielone dwie pielęgniarki i jeden technik oraz jeden-dwóch lekarzy operatorów (w trakcie dyżuru jeden operator dyżurny, jedna pielęgniarka i jeden technik).
3. Harmonogram pracy zespołu lekarskiego ustala Kierownik Pracowni lub osoba przez niego wskazana (w razie jego nieobecności).
4. Harmonogram dyżurów lekarskich zatwierdza Kierownik Pracowni po ustaleniu grafiku przez osobę wskazaną.
5. Harmonogram pracy personelu Pracowni Hemodynamiki ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy obydwu pracowni i liczbę wykonywanych zabiegów.
6. W przypadku zabiegów tzw. pilnych ulega zmianie wcześniejszy harmonogram dzienny.
7. Lekarz dyżurny w danym dniu odpowiada za wykonywanie zabiegów OZW i konsultacje zabiegów wykonywanych przez szkolących się.
8. W razie potrzeby udzielenia pomocy w trakcie złożonych, skomplikowanych zabiegów wykonywanych w trakcie dyżuru ustala się listę starszych operatorów do tego typu konsultacji (PW, AM, TZ, ZP).

§ 142

1. Lekarze są zobowiązani do wykonywania innych czynności zleconych przez lekarza kierującego oddziałem bądź Kierownika Pracowni, a wiążące się z pracą na danym stanowisku.
2. Badania naukowe/projekty badawcze mogą być wykonywane po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UM w Lublinie za wiedzą i zgodą Kierownika Pracowni.
3. Wyniki badań naukowych w całości lub ich fragmenty nie mogą być publikowane bez zgody Kierownika Pracowni.

§ 143

1. W dniu badania pacjent przekazywany jest przez pielęgniarkę z oddziału w białiznie operacyjnej do pracowni pod opiekę pielęgniarki z Pracowni Hemodynamiki, która zapewnia mu stałą opiekę od momentu przyjęcia pacjenta do pracowni do chwili jej opuszczenia.
2. Każdy pacjent przekazywany do pracowni powinien posiadać opaskę identyfikacyjną.
3. Lekarz i pielęgniarka obecna przy zabiegu sprawdzają tożsamość pacjenta.
4. Pacjent opuszcza pracownię pod opieką pielęgniarki z oddziału.

§ 144

1. Za dostarczenie i sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej pacjenta (w tym zgody pacjenta na zabieg, jego tożsamości) odpowiada technik pracowni i lekarz prowadzący.
2. Wszelkie zalecenia lekarza powinny być uwidocznione w dokumentacji pacjenta.
3. Sporządzenie protokołu z zabiegu przez lekarza następuje bezpośrednio po zakończonym zabiegu w bazie danych pracowni.
4. Dokumentacja razem z pacjentem przekazywana jest na oddział.

§ 145

1. Obowiązuje zakaz wstępu do Pracowni Hemodynamiki osobom postronnym.
2. Personel Pracowni Hemodynamiki otrzymuje indywidualne karty dostępu do sterowni.
3. Wstęp do sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu mają, poza personelem operacyjnym, tylko osoby, które uzyskały zezwolenie od Kierownika Pracowni.
4. Pracownicy Pracowni Hemodynamiki ściśle przestrzegają standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych, w tym szczególnie ochrony radiologicznej.
5. Harmonogram zabiegów powinien uwzględniać przerwy między zabiegami umożliwiające sprzątnięcie i dezynfekcję sali i sprzętu.
6. Wszystkich pracowników Pracowni obowiązuje zachowanie podstawowych zasad aseptyki i bezwzględne stosowanie się do Regulaminu Organizacyjnego Pracowni Hemodynamiki oraz przestrzeganie obowiązujących procedur.

§ 146

1. Pracownia Hemodynamiki utrzymana jest w stanie stałej gotowości i tak zorganizowana, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, białizna operacyjna i sprzęt były gotowe do natychmiastowego wykonania zabiegu o każdej porze.
2. Cały personel jest zobowiązany do dbania o powierzony mu sprzęt służący wykonywaniu zabiegów.

§ 147

1. Pielęgniarka w Pracowni Hemodynamiki jest zobowiązana w szczególności do:
 - 1) przygotowania sali zabiegowej oraz sprzętu do badań/zabiegów wykonywanych w pracowni,
 - 2) przygotowania chorego psychicznie i fizycznie do badania/zabiegu,
 - 3) asystowania przy badaniach/zabiegach,

- 4) monitorowania parametrów życiowych w trakcie i po badaniu/zabiegu,
 - 5) obserwacji pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań w trakcie i po badaniu/zabiegu,
 - 6) rozpoznawania potrzeb pacjenta podczas badania/zabiegu,
 - 7) nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z pacjentem w trakcie badania/zabiegu,
 - 8) przygotowania i podawania zgodnie ze zleceniem lekarza leków oraz płynów infuzyjnych,
 - 9) uczestnictwa w resuscytacji krążeniowo-oddechowej podczas wystąpienia NZK,
 - 10) udzielenia informacji pacjentowi o sposobach dalszego postępowania po badaniu/zabiegu,
 - 11) po badaniu/zabiegu postępowania z narzędziami chirurgicznymi i materiałami opatrunkowymi zgodnie z aktualnymi zasadami sanitarno-epidemiologicznymi,
 - 12) dokumentowania działań pielęgniarских w książce operacyjnej,
 - 13) dbania o powierzony sprzęt i wyposażenie pracowni, właściwą dystrybucję.
2. Pielęgniarka w Pracowni Hemodynamiki odpowiada za szkolenie i włączanie do pracy nowych pielęgniarek.
 3. Dyżurna pielęgniarka nadzoruje pracę dyżurnych salowych.

§ 148

1. Do obowiązków technika elektroradiologii należy:
 - 1) wykonywanie swoich obowiązków we współpracy z lekarzem i pielęgniarką,
 - 2) zapewnienie opieki pacjentowi w czasie trwania badania - technik elektroradiologii powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celowości badania oraz czuwać nad bezpieczeństwem chorego,
 - 3) wykonywanie badań według ustalonych metod,
 - 4) przyjmowanie skierowań na badania i prowadzenie list pacjentów oczekujących na planowe zabiegi z uwzględnieniem stopnia pilności,
 - 5) sprawdzenie, czy skierowanie jest prawidłowo wypełnione (rodzaj badania, rozpoznanie, pieczęć, podpis lekarza kierującego),
 - 6) przygotowanie i dbałość o aparaturę oraz urządzenia elektroniczne wchodzące w skład wyposażenia pracowni - sprawdzenie poprawności jego funkcjonowania przed każdym przystąpieniem do pracy,
 - 7) nadzór nad poprawnością nagrywania obrazu rtg oraz kontrola stopnia naświetlania pacjenta podczas zabiegu,
 - 8) przygotowanie i obsługa strzykawkowej automatycznej z kontrastem do badań,
 - 9) rejestracja zapisu ciśnień na mingografię, obróbka nagranych obrazów po zakończeniu badania: obliczanie frakcji wyrzutowej oraz w wybranych przypadkach ocena morfologii zwężenia w oparciu o istniejące oprogramowanie,
 - 10) przygotowanie listy zgłoszonych pacjentów oraz badań na posiedzenie kardiochirurgiczne,
 - 11) prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań w książce zabiegowej i ich archiwizacja.
2. Technik elektroradiologii jest zobowiązany do wykonywania innych czynności zleconych przez lekarza kierującego oddziałem bądź pielęgniarkę oddziałową, a wiążące się z pracą na danym stanowisku.

Pracownia Wad Strukturalnych Serca

§ 149

1. W Klinicznym Oddziale Kardiologii Inwazyjnej funkcjonuje Pracownia Wad Strukturalnych Serca udzielająca świadczeń z zakresu leczenia strukturalnych wad serca w szczególności: przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej (TAVI), przezcewnikowej redukcji niedomykalności zastawki mitralnej i trójdzielnej, przezcewnikowego zamknięcia uszka lewego przedsionka (LAAC), przezcewnikowego zamknięcia ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej ASD i PFO, przezcewnikowego zamknięcia ubytku w przegrodzie międzykomorowej VSD, przezcewnikowej walwuloplastyki zastawek serca.
2. Zabiegi leczenia wad strukturalnych serca wykonywane są na Sali Hybrydowej oraz w pracowniach zabiegowych zlokalizowanych w Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii oraz w salach zabiegowych Pracowni Hemodynamiki Klinicznego Oddziału Kardiologii Inwazyjnej.

§ 150

1. Zabiegi wykonywane są w dni robocze, w godzinach pracy zespołu.
2. Świadczenia udzielane są w zależności od stanu pacjenta w trybie pilnym lub planowym.
3. Zabiegi odbywają się według wcześniej ustalonego harmonogramu.
4. Zmiany w harmonogramie zabiegów mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Pracowni, Lekarza Kierującego Oddziałem lub Zastępcy Lekarza Kierującego Klinicznym Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej lub osoby przez nich wskazanej, odpowiedzialnej za zabiegi w danym dniu.

§ 151

1. Obowiązującymi standardami zabiegów są wytyczne PTK/AISN i ESC.
2. Zabiegi strukturalne są wykonywane po uprzedniej kwalifikacji przez konsylium kardiologiczno-kardiochirurgiczne (Heart Team).
3. Konsultacje Heart Team prowadzi Lekarza Kierującego Klinicznym Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej lub, w razie jego nieobecności, osoba przez niego wskazana.

§ 152

1. Za organizację pracy zespołu lekarskiego odpowiada Kierownik Pracowni, a personelu pielęgniarskiego i techników radiologii - pielęgniarka oddziałowa.
2. Do każdego zabiegu powinny być przydzielone dwie pielęgniarki i jeden technik oraz jeden-dwóch lekarzy operatorów.
3. Harmonogram pracy zespołu lekarskiego ustala Kierownik Pracowni lub osoba przez niego wskazana (w razie jego nieobecności).
4. Harmonogram pracy personelu Pracowni Wad Strukturalnych Serca ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy i liczbę wykonywanych zabiegów.
5. W przypadku zabiegów tzw. pilnych ulega zmianie wcześniejszy harmonogram dzienny.

§ 153

1. Badania naukowe/projekty badawcze mogą być wykonywane po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UM w Lublinie za wiedzą i zgodą Lekarza Kierującego Klinicznym Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej.
2. Wyniki badań naukowych w całości lub ich fragmenty nie mogą być publikowane bez zgody Lekarza Kierującego Klinicznym Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej.

§ 154

1. W dniu badania pacjent przekazywany jest przez pielęgniarkę z oddziału w białiznie operacyjnej do Pracowni pod opiekę pielęgniarki z Pracowni, która zapewnia mu stałą opiekę od momentu przyjęcia pacjenta do Pracowni do chwili jej opuszczenia.
2. Każdy pacjent przekazywany do Pracowni powinien posiadać opaskę identyfikacyjną.
3. Lekarz i pielęgniarka obecna przy zabiegu sprawdzają tożsamość pacjenta.
4. Pacjent opuszcza pracownię pod opieką pielęgniarki z oddziału.

§ 155

1. Za dostarczenie i sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej pacjenta (w tym zgody pacjenta na zabieg, jego tożsamości) odpowiada technik pracowni i lekarz prowadzący.
2. Zgody na zabieg pacjent udziela lekarzowi wykonującemu procedurę.
3. Wszelkie zalecenia lekarza powinny być uwidocznione w dokumentacji pacjenta.
4. Sporządzenie protokołu z zabiegu przez lekarza następuje bezpośrednio po zakończonym zabiegu w systemie AMMS i w bazie danych Klinicznego Oddziału Kardiologii Inwazyjnej (w przypadku zabiegów wykonywanych na Sali Hybrydowej lub na sali zabiegowej Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii lub w Pracowni Hemodynamiki).
5. Dokumentacja razem z pacjentem przekazywana jest na oddział.

§ 156

1. Obowiązuje zakaz wstępu do Pracowni Wad Strukturalnych Serca osobom postronnym.
2. Wstęp do sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu mają, poza personelem operacyjnym, tylko osoby, które uzyskały zezwolenie od Lekarza Kierującego Klinicznym Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej lub lekarza wykonującego zabieg.
3. Pracownicy Pracowni Wad Strukturalnych Serca ściśle przestrzegają standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych, w tym szczególnie ochrony radiologicznej oraz zasad aseptyki i antyseptyki.
4. Wszystkich pracowników Pracowni Wad Strukturalnych Serca obowiązuje bezwzględne stosowanie się do Regulaminu Pracowni oraz przestrzeganie obowiązujących procedur.

§ 157

Pielęgniarka w Pracowni Wad Strukturalnych Serca jest zobowiązana w szczególności do:

- 1) przygotowania sali zabiegowej oraz sprzętu do zabiegów wykonywanych w pracowni,
- 2) przygotowania pacjenta psychicznie i fizycznie do zabiegu,
- 3) asystowania przy zabiegach,
- 4) monitorowania parametrów życiowych w trakcie i po zabiegu,
- 5) obserwacji pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań w trakcie i po zabiegu,
- 6) rozpoznawania potrzeb pacjenta podczas zabiegu,
- 7) nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z pacjentem w trakcie zabiegu,
- 8) przygotowania i podawania zgodnie ze zleceniem lekarza leków oraz płynów infuzyjnych,
- 9) uczestnictwa w resuscytacji krążeniowo-oddechowej podczas wystąpienia NZK,
- 10) udzielenia informacji pacjentowi o sposobach dalszego postępowania po zabiegu,
- 11) po zabiegu postępowania z narzędziami chirurgicznymi i materiałami opatrunkowymi zgodnie z aktualnymi zasadami sanitarno-epidemiologicznymi,
- 12) dokumentowania działań pielęgniarskich w książce operacyjnej i dokumentacji pielęgniarskiej,
- 13) dbania o powierzony sprzęt i wyposażenie pracowni, właściwą dystrybucję.

§ 158

Do obowiązków technika elektroradiologii należy:

- 1) wykonywanie swoich obowiązków we współpracy z lekarzem i pielęgniarką,
- 2) zapewnienie opieki pacjentowi w czasie trwania badania,
- 3) wykonywanie badań według ustalonych metod,
- 4) przygotowanie i dbałość o aparaturę oraz urządzenia elektroniczne wchodzące w skład wyposażenia pracowni - sprawdzenie poprawności jego funkcjonowania przed każdym przystąpieniem do pracy,
- 5) nadzór nad poprawnością nagrywania obrazu rtg oraz kontrola stopnia naświetlania pacjenta podczas zabiegu,
- 6) przygotowanie i obsługa strzykawki automatycznej z kontrastem do badań,
- 7) prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań w książce zabiegowej i ich archiwizacja.

Pracownia Elektrofizjologii i Pracownia Elektroterapii

§ 159

W Klinicznym Oddziale Elektrokardiologii funkcjonują:

- 1) Pracownia Elektrofizjologii - udzielająca świadczeń zdrowotnych w zakresie badań elektrofizjologicznych i zabiegów ablacji,
- 2) Pracownia Elektroterapii - udzielająca świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów implantacji stymulatorów i defibrylatorów serca.

§ 160

1. Świadczenia zdrowotne w Pracowniach realizowane są w dni robocze, w godzinach pracy zespołu.
2. Dokumentem uprawniającym do realizacji świadczenia jest skierowanie od lekarza na badanie/zabieg, o którym mowa w § 93¹¹.
3. Świadczenia udzielane są w zależności od stanu pacjenta w trybie:
 - 1) pilnym,
 - 2) planowym.
4. Terminy badań i zabiegów w Pracowniach u pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 4 w Lublinie i pacjentów skierowanych z zewnątrz w trybie pilnym ustala się telefonicznie, po konsultacji z lekarzem prowadzącym lub po konsultacji pacjenta w danej Pracowni.
5. Terminy badań i zabiegów w Pracowniach u pacjentów skierowanych w trybie planowym ustala się w oparciu o terminarz przyjęć planowych („lista osób oczekujących”).
6. Badania/zabiegi odbywają się według ustalonego harmonogramu.
7. Obowiązującymi standardami badań/zabiegów są wytyczne SRS/PTK i EHRA/ESC.

§ 161

W dniu badania/zabiegu pacjent przekazywany jest przez pielęgniarkę z oddziału do Pracowni Elektrofizjologii/Pracowni Elektroterapii pod opiekę pielęgniarki z Pracowni, która zapewnia mu stałą opiekę od momentu przyjęcia pacjenta do Pracowni do chwili jej opuszczenia.

§ 162

1. Za dostarczenie i sprawdzenie kompletności dokumentacji medycznej pacjenta odpowiada technik Pracowni i lekarz prowadzący.
2. Lekarz i pielęgniarka obecna przy badaniu/zabiegu sprawdzają tożsamość pacjenta.

3. Pisemną zgodę na badanie/zabieg pacjent udziela lekarzowi wykonującemu procedurę, po uprzednim poinformowaniu pacjenta o przebiegu zabiegu/badania, oczekiwanych rezultatach i ryzyku powikłań.
4. Pacjent opuszcza Pracownię pod opieką pielęgniarki z oddziału.
5. W Pracowniach prowadzona jest dokumentacja medyczna w postaci książki operacyjnej oraz terminarza przyjęć. Za ich prowadzenie odpowiedzialny jest technik, a opis badania/zabiegu wykonuje lekarz przeprowadzający badanie/lekarz operujący i pielęgniarka asystująca, każdy w zakresie wykonywanych czynności. Nadzór nad dokumentacją medyczną sprawuje Kierownik Pracowni.

§ 163

1. Obowiązuje zakaz wstępu do Pracowni osobom postronnym.
2. Wstęp do Pracowni w czasie trwania zabiegu mają, poza personelem operacyjnym, tylko osoby, które uzyskały zgodę Kierownika Pracowni lub Lekarza Kierującego Oddziałem.
3. W Pracowniach obowiązuje bezwzględne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki oraz zasad ochrony radiologicznej.

§ 164

Nadzór nad Pracowniami sprawuje Kierownik Pracowni wyznaczony przez Lekarza Kierującego Kliniką Oddziałem Elektrokardiologii.

§ 165

1. Badania naukowe/projekty badawcze mogą być wykonywane po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UM w Lublinie za wiedzą i zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub Kierownika Pracowni.
2. Wyniki badań naukowych w całości lub ich fragmenty nie mogą być publikowane bez zgody Lekarza Kierującego Oddziałem lub Kierownika Pracowni.

Pracownia Telekardiologii

§ 166

1. Pracownia Telekardiologii funkcjonuje w Klinikum Oddziale Elektrokardiologii i świadczy usługi zdalnego monitorowania parametrów kardiologicznych pacjentów za pomocą nowoczesnych technologii telemedycznych.
2. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Pracowni jest dobrowolne i odbywa się za zgodą pacjenta udzieloną na piśmie i na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego.
3. Monitorowanie odbywa się przy użyciu specjalistycznych urządzeń pomiarowych, które są przekazywane pacjentowi do użytku domowego na czas trwania monitoringu.

§ 167

1. W Pracowni świadczenia realizowane są w dni robocze w godzinach od 8:00 do 15:30.
2. Pracownia zapewnia konsultacje telefoniczne, wizyty ambulatoryjne oraz odczyt i analizę przesłanych danych w godzinach pracy.
3. Obowiązującym standardem postępowania w pracowni są wytyczne SRS/PTK i EHRA/ESC.
4. W Pracowni prowadzona jest dokumentacja medyczna z udzielonych świadczeń medycznych, nad którą nadzór sprawuje Kierownik Pracowni.
5. Nadzór nad Pracownią sprawuje Kierownik Pracowni wyznaczony przez Lekarza Kierującego Kliniką Oddziałem Elektrokardiologii.

6. Badania naukowe/projekty badawcze mogą być wykonywane po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UM w Lublinie i za zgodą i wiedzą Lekarza Kierującego Kliniknym Oddziałem Elektrokardiologii lub Kierownika Pracowni.
7. Wyniki badań w całości lub ich fragmenty nie mogą być publikowane bez zgody Lekarza Kierującego Kliniknym Oddziałem Elektrokardiologii lub Kierownika Pracowni.
8. Obowiązują zakaz wstępu do Pracowni osobom postronnym.

§ 168

1. Pacjent jest zobowiązany do:
 - 1) przestrzegania harmonogramu i zaleceń dotyczących monitorowania ustalonych przez personel Pracowni,
 - 2) regularnego korzystania z przekazanych urządzeń zgodnie z instrukcjami obsługi,
 - 3) zgłaszania personelowi Pracowni wszelkich problemów technicznych związanych z urządzeniami,
 - 4) informowania o ewentualnych zmianach w stanie zdrowia lub wystąpieniu objawów niepokojących,
 - 5) stosowania się do instrukcji bezpiecznego korzystania z urządzeń monitorujących oraz unikania ich kontaktu z wodą, wilgocią i innymi czynnikami mogącymi wpłynąć na ich działanie.
2. Pacjent ponosi odpowiedzialność za powierzony mu sprzęt i jest zobowiązany do jego zwrotu po zakończeniu monitoringu w stanie nienaruszonym, chyba że uszkodzenie nastąpiło nie z jego winy.

§ 169

Personel Pracowni jest zobowiązany do:

- 1) instruktażu pacjenta w zakresie obsługi urządzeń monitorujących,
- 2) regularnej analizy danych przesyłanych z urządzeń oraz monitorowania wyników pacjentów,
- 3) natychmiastowego kontaktu z pacjentem w przypadku wykrycia nieprawidłowości wymagających interwencji medycznej,
- 4) zapewnienia pacjentowi informacji o przebiegu monitoringu i udzielania odpowiedzi na pytania związane z jego stanem zdrowia,
- 5) przestrzegania zasad poufności oraz przetwarzania danych osobowych pacjenta zgodnie z przepisami prawa.

Pracownia Mechanicznego Wspomagania Krążenia

§ 170

1. W Kliniknym Oddziale Kardiochirurgii funkcjonuje Pracownia Mechanicznego Wspomagania Krążenia udzielająca świadczeń z zakresu mechanicznego wspomagania układu krążenia przy niewydolności krążeniowo-oddechowej związanej z zabiegiem kardiochirurgicznym lub leczeniem hipotermii.
2. W skład Pracowni Mechanicznego Wspomagania Krążenia wchodzi sale operacyjne przydzielone Kliniknemu Oddziałowi Kardiochirurgii, wraz z pomieszczeniami pomocniczymi.

§ 171

1. Procedury mechanicznego wspomagania krążenia wykonywane są całodobowo, we wszystkie dni tygodnia, w ramach zabezpieczenia potrzeb USK Nr 4 w Lublinie.
2. O wdrożeniu mechanicznego wspomagania krążenia u pacjenta decyduje Lekarz Kierujący Oddziałem Kardiochirurgii lub osoba przez niego wskazana w danym dniu.

§ 172

1. Obowiązującymi standardami zabiegów są wytyczne AISN/PTK i ESC oraz ACC/AHA oraz ECLS/ELSO.
2. Wszczepienie mechanicznego wspomagania co do zasady jest wykonywane na sali operacyjnej lub sali hybrydowej, a w wyjątkowych wypadkach - w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala, po uprzedniej kwalifikacji przez konsylium kardiochirurgiczno-anestezjologiczno-kardiologiczne (Heart Team).
3. Konsylium Heart Team prowadzi Lekarz Kierujący Oddziałem Kardiochirurgii lub, w razie jego nieobecności, osoba przez niego wskazana.

§ 173

1. Za organizację pracy zespołu lekarskiego odpowiada Lekarz Kierujący Oddziałem Kardiochirurgii, personelu pielęgniarskiego - Oddziałowa Klinicznego Oddziału Kardiochirurgii, a pielęgniarek instrumentariuszek - Oddziałowa Traktu Operacyjnego.
2. Do każdego zabiegu podłączenia mechanicznego wspomagania powinna być przydzielona przynajmniej jedna pielęgniarka instrumentariuszka, jeden perfuzjonista oraz jeden lub dwóch lekarzy kardiochirurgów.
3. W trakcie prowadzenia mechanicznego wspomagania krążenia do pacjenta powinna być przydzielona jedna pielęgniarka z Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii/ Pododdziału Intensywnej Terapii Kardiochirurgicznej, na którym przebywa pacjent, a na terenie Szpitala powinien być dostępny jeden perfuzjonista i jeden lekarz kardiochirurg.
4. Harmonogram pracy zespołu lekarskiego i perfuzyjnego ustala Lekarz Kierujący Kliniknym Oddziałem Kardiochirurgii lub osoba przez niego wskazana w przypadku jego nieobecności.

§ 174

1. Badania naukowe/projekty badawcze u pacjentów w czasie mechanicznego wspomagania krążenia mogą być wykonywane po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UM w Lublinie za wiedzą i zgodą Lekarza Kierującego Kliniknym Oddziałem Kardiochirurgii.
2. Wyniki badań naukowych w całości lub ich fragmenty nie mogą być publikowane bez wiedzy i zgody Lekarza Kierującego Kliniknym Oddziałem Kardiochirurgii.

§ 175

1. Każdy pacjent przekazywany do Pracowni powinien posiadać opaskę identyfikacyjną.
2. Lekarz i pielęgniarka obecna przy zabiegu sprawdzają tożsamość pacjenta.
3. Za dostarczenie i sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej pacjenta (w tym zgody pacjenta na zabieg, jego tożsamości) odpowiada lekarz kierujący pacjentem do Pracowni.
4. Wszelkie zalecenia lekarza kierującego oraz konsultantów powinny być uwidocznione w dokumentacji pacjenta.
5. Bezpośrednio po zakończeniu zabiegu lekarz sporządza w systemie AMMS protokół z podłączenia mechanicznego wspomagania krążenia.

§ 176

1. Obowiązuje zakaz wstępu do Pracowni Mechanicznego Wspomagania osobom postronnym.
2. Wstęp do sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu mają, poza personelem operacyjnym, tylko osoby, które uzyskały zezwolenie od lekarza wykonującego zabieg.
3. Pracownicy Pracowni ściśle przestrzegają standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych i ochrony radiologicznej.
4. Harmonogram zabiegów powinien uwzględniać przerwy między zabiegami umożliwiające sprzątnięcie i dezynfekcję sali i sprzętu.
5. Wszystkich pracowników Pracowni obowiązuje zachowanie podstawowych zasad aseptyki i bezwzględne stosowanie się do Regulaminu Pracowni oraz przestrzeganie obowiązujących procedur.

§ 177

1. Pracownia Mechanicznego Wspomagania Krążenia utrzymana jest w stanie stałej gotowości i tak zorganizowana, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna operacyjna i sprzęt były gotowe do natychmiastowego wykonania zabiegu podłączenia mechanicznego wspomagania krążenia o każdej porze.
2. Cały personel jest zobowiązany do dbania o powierzony im sprzęt służący wykonywaniu zabiegów.

§ 178

Pielęgniarka instrumentariuszka w Pracowni Mechanicznego Wspomagania Krążenia jest zobowiązana w szczególności do:

- 1) przygotowania sali zabiegowej oraz sprzętu do badań/zabiegów wykonywanych w pracowni,
- 2) asystowania przy zabiegach,
- 3) obserwacji pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań w trakcie i po zabiegu,
- 4) uczestnictwa w resuscytacji krążeniowo-oddechowej podczas wystąpienia NZK,
- 5) postępowania z narzędziami chirurgicznymi i materiałami opatrunkowymi po zabiegu zgodnie z aktualnymi zasadami sanitarno-epidemiologicznymi,
- 6) dokumentowania działań pielęgniarskich w książce operacyjnej,
- 7) dbania o powierzony sprzęt i wyposażenie pracowni, właściwą dystrybucję,
- 8) nadzorowania pracy dyżurnych salowych.

§ 179

Do obowiązków perfuzjonisty należy:

- 1) wykonywanie swoich obowiązków we współpracy z lekarzem i pielęgniarką,
- 2) przygotowanie i dbałość o aparaturę oraz urządzenia elektroniczne wchodzące w skład wyposażenia Pracowni - sprawdzenie poprawności ich funkcjonowania przed każdym przystąpieniem do pracy,
- 3) prowadzenie dokumentacji związanej z mechanicznym wspomaganiem krążenia w książce zabiegowej i jej archiwizacja,
- 4) wykonywanie innych czynności zleconych przez lekarza kierującego oddziałem bądź pielęgniarkę oddziałową, a wiążące się z pracą na danym stanowisku.

§ 180

Lekarz wykonujący zabieg podłączenia mechanicznego wspomagania krążenia jest odpowiedzialny za:

- 1) nadzór nad pracą pielęgniarek i perfuzjonistów,
- 2) informowanie pacjenta i uprawnionych osób o wskazaniach, przebiegu i rokowaniach terapii,
- 3) prawidłowe wykonanie podłączenia i prowadzenia zabiegu mechanicznego wspomagania krążenia,
- 4) zlecenie farmakoterapii i płynoterapii w czasie prowadzenia mechanicznego wspomagania krążenia,
- 5) organizowanie niezbędnych konsultacji medycznych i zlecenie niezbędnych badań dodatkowych,

prowadzenie dokumentacji lekarskiej pacjenta przebywającego w Pracowni Mechanicznego Wspomagania Krążenia.

2. Pracownia Bronchoskopii

§ 181

1. W USK Nr 4 w Lublinie funkcjonują Pracownie Bronchoskopowe:
 - 1) w Klinicznym Oddziale Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych,
 - 2) w Klinicznym Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej.
2. W Pracowni Bronchoskopii Klinicznego Oddziału Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych wykonywane są badania:
 - 1) bronchoskopia klasyczna,
 - 2) bronchofiberoskopia,
 - 3) wideo bronchoskopia.
 - 4) endoskopia ultrasonograficzna.

§ 182

1. Badania w w/w Pracowniach wykonywane są w godz. 8⁰⁰-14⁰⁰ od poniedziałku do piątku.
2. W uzasadnionych przypadkach badania wykonywane są poza określonymi godzinami, po wcześniejszym uzgodnieniu.

§ 183

1. Badania wykonywane są u pacjentów przyjętych do Oddziału na podstawie skierowania lekarza rodzinnego lub specjalisty.
2. Wykonywane są również badania konsultacyjne u pacjentów z innych Oddziałów.

§ 184

Badania wykonywane są w dniu planowanego przyjęcia na Oddział bądź w terminie późniejszym, zgodnie z wnioskiem lekarza leczącego.

§ 185

1. Wyniki badań lub ich opisy wydawane są po zakończeniu badań. Opisy przechowywane są w dokumentacji lekarskiej.

2. Wyniki z procedur dodatkowych (badania bakteriologiczne, cytologiczne i histopatologiczne) wydawane są lekarzom leczącym po ich wykonaniu przez odpowiednie pracownię.

§ 186

Pracownie Bronchoskopowe obsługiwane są przez personel Oddziału:

- 1) starszych asystentów,
- 2) asystentów,
- 3) pielęgniarki.

3. Pracownia EEG

§ 187

Pracownia EEG funkcjonuje w ramach Klinicznego Oddziału Neurologii.

§ 188

W Pracowni EEG wykonywane są następujące rodzaje badań EEG:

- 1) standardowe (rutynowe) badania EEG, badania z innych Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie, badania po deprywacji snu z innych Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie – w Pracowni EEG na Niskim Parterze,
- 2) standardowe (rutynowe) badania EEG – w Pracowni w Klinicznym Oddziale Neurologii, II p.
- 3) badania EEG po deprywacji snu – w Pracowni na Niskim Parterze oraz w Klinicznym Oddziale Neurologii, II p.
- 4) badania Wideo EEG – w Pracowni w Klinicznym Oddziale Neurologii, II p.
- 5) badania Holtera EEG – w Pracowni w Klinicznym Oddziale Neurologii, II p.
- 6) monitorowanie EEG pacjentów z sali ciężko chorych Klinicznego Oddziału Neurologii.

§ 189

Pacjenci przyjmowani są na badania na podstawie „Skierowania na badanie EEG”, wystawionego przez lekarza neurologa w Poradni Neurologicznej (pacjenci ambulatoryjni), w Klinicznym Oddziale Neurologii (pacjenci hospitalizowani), bądź przez lekarzy innych Oddziałów Szpitala na wniosek lekarza neurologa – konsultanta.

§ 190

Badania EEG wykonywane są w dni pracujące, w godzinach od 8¹⁵⁻³⁰ do 14⁰⁰ (Pracownia jest czynna w godz. 7³⁰-15⁰⁵).

§ 191

Wyniki dla pacjentów z Poradni Neurologicznej wydawane są pielęgniarce tejże Poradni, wyniki badań pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Oddziale Neurologii wydawane są do przegródek z wynikami badań znajdujących się w części męskiej i kobiecej, zaś wyniki badań dla pacjentów z innych Oddziałów odbierane są w Pracowni przez personel danego Oddziału.

§ 192

Personel pracowni EEG stanowią pracownicy szpitalni Klinicznego Oddziału Neurologii:

- 1) Kierownik Pracowni EEG,
- 2) młodszy asystent,

3) technik.

4. Pracownia Endoskopii

§ 193

Pracownia Endoskopii funkcjonuje w ramach Klinicznego Oddziału Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych.

§ 194

Bezpośredni nadzór nad działalnością Pracowni sprawuje lekarz kierujący Klinicznym Oddziałem Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych.

§ 195

Do podstawowych zadań Pracowni Endoskopii należy:

- 1) wykonywanie badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego w ramach projektu MZ KBN PCZ-08-19,
- 2) ocena endoskopowa stopnia nadciśnienia wrotnego u chorych z przewlekłymi chorobami wątroby,
- 3) endoskopie dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- 4) badanie przesiewowe do wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
- 5) ocena skuteczności i bezpieczeństwa leków stosowanych w nieswoistych zapaleniach jelit.

§ 196

Badania endoskopowe przewodu pokarmowego wykonywane są u chorych hospitalizowanych w Klinicznym Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych oraz konsultacyjnie u pacjentów z innych Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie.

§ 197

W Pracowni Endoskopii wykonywane są ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne (gastroskopia) współfinansowane na warunkach określonych kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 198

Świadczenia medyczne w Pracowni Endoskopii wykonywane są przez lekarzy Klinicznego Oddziału Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych i pielęgniarkę zatrudnioną w Pracowni Endoskopii.

5. Pracownie Ultrasonografii

§ 199

1. Pracownia Ultrasonografii funkcjonuje w ramach Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej. Składa się z gabinetów ultrasonograficznych zlokalizowanych na terenie Zakładu, w budynku Poradni Specjalistycznych i POZ oraz przy Izbie Przyjęć USK Nr 4 w Lublinie.

2. Pracownia Ultrasonografii funkcjonuje w ramach Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii. Składa się z dwóch gabinetów ultrasonograficznych zlokalizowanych na terenie Zakładu.

§ 200

Bezpośredni nadzór nad działalnością Pracowni sprawuje Kierownik Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej oraz Kierownik Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii.

§ 201

1. Do podstawowych zadań Pracowni Ultrasonografii w Zakładzie Radiologii i Medycyny Nuklearnej należy:
 - 1) wykonywanie badań ultrasonograficznych: jamy brzusznej, szyi, tarczycy, ślinianek, piersi, opłucnej, tkanek miękkich i innych,
 - 2) wykonywanie biopsji pod kontrolą ultrasonografii,
 - 3) wykonywanie badań USG przyłożkowych.
2. Do podstawowych zadań Pracowni Ultrasonografii w Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii należy:
 - 1) wykonywanie badań ultrasonograficznych naczyń tętniczych i żylnych szyi, kończyn górnych i dolnych oraz jamy brzusznej,
 - 2) wykonywanie badań ultrasonograficznych nerki przeszczepionej,
 - 3) wykonywanie badań ultrasonograficznych przetok dializacyjnych,
 - 4) wykonywanie badań ultrasonograficznych kontrolnych po zabiegach śródnaczyniowych (ocena usg, stent-graftów, stentów szyjnych, nerkowych itp.).

Dodatkowo wykonywane są:

- 1) badania wewnątrznaczyniowe z użyciem ultrasonograficznych środków kontrastujących,
- 2) zabiegi pod kontrolą ultrasonografii (np. z użyciem trombiny),
- 3) badanie ultrasonograficzne zwiadowcze przed zabiegami z zakresu radiologii zabiegowej.

§ 202

Badania ultrasonograficzne w Zakładach wykonywane są u pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach USK Nr 4 w Lublinie, kierowanych z Poradni Specjalistycznych i POZ oraz z jednostek medycznych, które mają podpisane umowy z USK Nr 4 w Lublinie, oraz kwalifikowanych do terapii izotopowych w Zakładzie Radiologii i Medycyny Nuklearnej.

§ 203

Badania ultrasonograficzne wykonywane w Pracowniach Ultrasonograficznych Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej oraz Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii wykonywane są przez lekarzy zatrudnionych w Zakładzie, a w razie potrzeb przy współudziale specjalistów z innych Oddziałów.

§ 204

Wyniki i dokumentacja badań ultrasonograficznych opisywane są bezpośrednio po badaniu i archiwizowane z uwzględnieniem wymogów przepisów o dokumentacji medycznej.

§ 205

W Pracowni Ultrasonograficznej wykonywane są badania finansowane przez NFZ bezpośrednio lub w ramach porad i hospitalizacji w USK Nr 4 w Lublinie oraz przez podmioty zewnętrzne na zlecenie których wykonywane są badania.

§ 206

W Pracowni Ultrasonograficznej mogą być przeprowadzane badania konsultacyjne dla pacjentów szpitala, poradni i innych jednostek służby zdrowia po uzgodnieniu z radiologiem wykonującym.

6. Pracownia Neurochemii i Biologii Molekularnej

§ 207

Pracownia Neurochemii i Biologii Molekularnej funkcjonuje w ramach Klinicznego Oddziału Neurologii.

§ 208

Do zadań Pracowni Neurochemii i Biologii Molekularnej należy wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu następujących badań:

- 1) zestaw badań przewlekła białaczka szpikowa – badanie jakościowe,
- 2) badanie przewlekła białaczka szpikowa – ocena ilościowa poszczególnych typów transkryptu,
- 3) ocena mutacji nukleofosminy NPM1 – mutacja A,
- 4) ocena mutacji nukleofosminy NPM1 – mutacja inna niż A,
- 5) ocena mutacji genu FLT3-ITD,
- 6) ocena mutacji genu JAK2,
- 7) ilościowa ocena ekspresji genu WT1,
- 8) ocena stanu mutacji genów IGHV,
- 9) zestaw badań czerwienica prawdziwa, nadpłytkowość samoistna (BCR/ABL+JAK2),
- 10) izolacja DNA,
- 11) izolacja RNA.

§ 209

Działalność Pracowni polega na wykonywaniu zlecanych badań molekularnych na rzecz pacjentów Klinicznego Oddziału Neurologii, Poradni Neurologicznej oraz innych oddziałów USK Nr 4 w Lublinie, jak również na rzecz podmiotów zewnętrznych na zasadzie odpłatności.

§ 210

Badania wykonywane są w dni robocze w godzinach od 8:00 do 15:15, materiał do badań jest przyjmowany w godzinach 8:00-13:00.

§ 211

1. Wyniki badań dla pacjentów z Poradni Neurologicznej wydawane są pielęgniarce Poradni.
2. Wyniki badań pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Oddziale Neurologii przekazywane są do Oddziału (do przegródek z wynikami badań znajdujących się w części męskiej i kobiecej).

3. Wyniki badań dla pacjentów z innych Oddziałów odbierane są w Pracowni przez personel danego Oddziału.
4. Wyniki badań na rzecz podmiotów zewnętrznych przekazywane są zgodnie z warunkami określonymi w umowie.

§ 212

Personel Pracowni Neurochemii i Biologii Molekularnej stanowią diagnostyki laboratoryjni.

ROZDZIAŁ VII

Ośrodki

1. Ośrodek Rehabilitacji Diennej

§ 213

Ośrodek Rehabilitacji Diennej udziela świadczeń w zakresie:

- 1) wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych,
- 2) konsultacji lekarskich rehabilitacyjnych.

§ 214

1. Zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane są na podstawie zlecenia lekarskiego, wystawionego przez uprawnionych lekarzy w ramach konsultacji lekarskiej w Ośrodku Rehabilitacji Diennej.
2. Konsultacja lekarska rehabilitacyjna udzielana jest na podstawie skierowania do Ośrodka Rehabilitacji Diennej wystawionego przez lekarzy zgodnie z umową LOW NFZ.

§ 215

1. Udzielenie świadczenia poprzedzone jest rejestracją dokonaną osobiście przez pacjenta, telefonicznie lub przez osobę reprezentującą pacjenta w godzinach 7³⁰-17³⁰.
2. Rejestracja Ośrodka Rehabilitacji Diennej mieści się w budynku głównym szpitala (poziom „-1”).
3. Osoby, które mają wykonywane zabiegi na podstawie e-skierowania zobowiązane są do pozostawienia zlecenia w Ośrodku Rehabilitacji Diennej oraz przedstawienia dowodu osobistego z numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta oraz dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.

§ 216

Po zakończeniu fizjoterapii Ośrodek wydaje „informację dla lekarza kierującego” o odbytych zabiegach.

§ 217

1. E-skierowanie pacjent rejestruje w rejestracji osobiście lub telefonicznie, gdzie wpisywany jest do „elektronicznego harmonogramu przyjęć” i ustalany jest termin konsultacji lekarskiej oraz otrzymuje informacje o rozpoczęciu fizjoterapii.
2. W dniu rozpoczęcia realizacji świadczenia, pacjent odbywa konsultację lekarską i otrzymuje kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej i świadome zgody na zabiegi.

§ 218

Realizacja świadczeń fizjoterapeutycznych odbywa się (w zależności od zleconych zabiegów) w dziale:

- 1) fizykoterapii (obok rejestracji Zakładu, poziom „-1” - Strefa „E” Szpitala),
- 2) hydroterapii (budynek główny poziom „0” - Strefa „A” Szpitala),
- 3) kinezyterapii (sala gimnastyczna, basen, poziom „0” - Strefa „D” Szpitala),

- 4) pokój masażystów (poziom „0” - Strefa „D” Szpitala).

§ 219

1. Ośrodek Rehabilitacji Diennej pracuje w systemie dwuzmianowym od poniedziałku do piątku w godz. 9³⁰-19⁰⁰.
2. Dla poszczególnych pacjentów są wyznaczone godziny przyjęć.

§ 220

Personel Ośrodka Rehabilitacji Diennej stanowią:

- 1) starszy asystent,
- 2) starszy asystent fizjoterapii,
- 3) młodszy asystent fizjoterapii,
- 4) asystent fizjoterapii,
- 5) starszy fizjoterapeuta,
- 6) fizjoterapeuta,
- 7) starszy technik masażysta,
- 8) technik masażysta,
- 9) ratownik wodny,
- 10) statystyk medyczny – rejestracja.

2. Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej

§ 221

Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie funkcjonującą w ramach Uniwersyteckiego Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii.

§ 222

Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej udziela świadczeń w zakresie:

- 1) wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych,
- 2) konsultacji lekarskich rehabilitacyjnych,
- 3) konsultacji lekarskich,
- 4) opieki pielęgniarskiej,
- 5) porady psychologa.

§ 223

1. Zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane są na podstawie zlecenia lekarskiego, wystawionego przez uprawnionych lekarzy w ramach konsultacji lekarskiej w Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej.
2. Konsultacja lekarska rehabilitacyjna udzielana jest na podstawie e-skierowania do Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej wystawionego przez lekarzy zgodnie z umową LOW NFZ.

§ 224

1. Udzielenie świadczenia poprzedzone jest rejestracją dokonaną osobiście przez pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta w godzinach 7⁰⁰-17³⁵.

2. Osoby, które mają wykonywane zabiegi na podstawie e-skierowania zobowiązane są do pozostawienia zlecenia w Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej oraz przedstawienia dowodu osobistego z numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta oraz dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.

§ 225

Po zakończeniu fizjoterapii Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej wydaje „informację dla lekarza kierującego” o odbytych zabiegach.

§ 226

1. E-skierowanie pacjent rejestruje w rejestracji osobiście lub telefonicznie, gdzie wpisywany jest do „elektronicznego harmonogramu przyjęć” i ustalany jest termin konsultacji lekarskiej oraz otrzymuje informacje o rozpoczęciu fizjoterapii.
2. W dniu rozpoczęcia realizacji świadczenia, pacjent odbywa konsultację lekarską i otrzymuje kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej i świadome zgody na zabiegi.

§ 227

Realizacja świadczeń fizjoterapeutycznych odbywa się w Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej zlokalizowanego w budynku głównym na poziomie „-1” - Strefa „C” Szpitala.

§ 228

1. Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej pracuje w systemie dwuzmianowym od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰-17³⁰.
2. Dla poszczególnych pacjentów są wyznaczone godziny przyjęć.

§ 229

W Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej są zatrudnione osoby na stanowiskach:

- 1) pielęgniarka specjalista,
- 2) fizjoterapeuta,
- 3) starszy asystent,
- 4) starszy asystent fizjoterapii,
- 5) psycholog,
- 6) statystyk medyczny – rejestracja.

3. Ośrodek Kwalifikujący do Przeszczepiania Nerek

§ 230

Do zadań Ośrodka Kwalifikującego do Przeszczepiania Nerek w USK Nr 4 w Lublinie należy w szczególności:

- 1) rejestracja potencjalnych biorców zgłoszonych przez podmioty lecznicze inne niż podmioty lecznicze dokonujące przeszczepień nerek, lub stacje dializ;
- 2) potwierdzanie zgłoszenia potencjalnego biorcy;
- 3) gromadzenie następujących danych:
 - a) imię i nazwisko potencjalnego biorcy,

- b) datę i miejsce urodzenia potencjalnego biorcy,
 - c) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji potencjalnego biorcy,
 - d) numer PESEL potencjalnego biorcy, jeżeli posiada,
 - e) rozpoznanie lekarskie,
 - f) grupę krwi i Rh potencjalnego biorcy,
 - g) rodzaj planowanego przeszczepienia,
 - h) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu kryteriów medycznych,
 - i) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia,
 - j) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu;
- 4) kwalifikowanie chorych do zabiegu przeszczepiania nerki z uwzględnieniem pilności zabiegu;
 - 5) gromadzenie i przetwarzanie danych o kwalifikowanych potencjalnych biorcach oraz ich przechowywanie w formie elektronicznej w sposób zabezpieczający przed utratą i dostępem osób nieuprawnionych;
 - 6) bieżąca weryfikacja bazy danych, o której mowa w pkt. 2;
 - 7) zawiadamianie podmiotu leczniczego zgłaszającego potencjalnego biorcę o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu potencjalnego biorcy do przeszczepu poprzez wpis w rejestrze – krajowej liście oczekujących na przeszczepienie prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne Do Spraw Transplantacji „Poltransplant”;
 - 8) przekazywanie danych do krajowej listy oczekujących na przeszczepienie prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne Do Spraw Transplantacji „Poltransplant”;
 - 9) bieżąca współpraca z ośrodkami dializ i innymi podmiotami leczniczymi.

§ 231

- 1. W ramach Ośrodka Kwalifikującego do Przeszczepiania Nerek funkcjonuje zespół lekarzy odpowiedzialny za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepiania.
- 2. Szczegółowe zasady dotyczące funkcjonowania Ośrodka Kwalifikującego do Przeszczepiania Nerek zostały określone w zarządzeniu wewnętrznym Dyrektora.

4. Lubelski Ośrodek Spastyczności

§ 232

Lubelski Ośrodek Spastyczności, nie będąc odrębną komórką organizacyjną, działa w ramach USK Nr 4 w Lublinie jako element procesu diagnostyczno-leczniczego realizowanego w ramach hospitalizacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji i obejmuje współpracę komórek organizacyjnych Szpitala: Klinicznego Oddziału Rehabilitacji, Klinicznego Oddziału Ortopedii i Traumatologii, Klinicznego Oddziału Neurologii, Poradni Rehabilitacyjnej, Poradni Ortopedycznej w celu zapewnienia pacjentom USK Nr 4 w Lublinie kompleksowego leczenia spastyczności oraz szkoleń dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów i personelu medycznego.

§ 233

Pracą Lubelskiego Ośrodka Spastyczności kieruje Koordynator przy udziale lekarzy kierujących oddziałami wchodzącymi w skład Ośrodka oraz pielęgniarek oddziałowych.

§ 234

Szczegółowe zasady funkcjonowania Lubelskiego Ośrodka Spastyczności zostały określone w Regulaminie stanowiącym Załącznik Nr 22 do niniejszego Regulaminu.

5. Lubelski Ośrodek Leczenia Żywieniowego

§ 235

1. W USK Nr 4 w Lublinie realizowane są procedury z zakresu leczenia żywieniowego w ramach Lubelskiego Ośrodka Leczenia Żywieniowego funkcjonującego na bazie:
 - 1) ośmiu łóżek Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego – przygotowanie do procedury leczenia żywieniowego w warunkach domowych, zakładanie dostępow naczyniowych do przewodu pokarmowego, leczenie niewydolności przewodu pokarmowego,
 - 2) Poradni Leczenia Żywieniowego – leczenie żywieniowe w warunkach domowych,
 - 3) Działu Dietetyki – żywienie kliniczne szpitalne oraz leczenie żywieniowe w warunkach domowych,
 - 4) Zespołu Leczenia Żywieniowego – leczenie żywieniowe szpitalne – rola konsultacyjna.
2. Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych/Zespołu w odniesieniu do procedury leczenia żywieniowego oraz zasady podległości zatrudnionych w nich pracowników określają odrębne regulacje w ramach Regulaminu Organizacyjnego oraz zarządzenia wewnętrzne Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie.
3. Zadania, o których mowa w ust. 2, są komplementarne i adekwatne do potrzeb pacjentów, oraz dla zabezpieczenia ciągłości leczenia żywieniowego pacjentów.
4. Pracami Lubelskiego Ośrodka Leczenia Żywieniowego kieruje i koordynuje Pełnomocnik Dyrektora ds. Żywienia Klinicznego wyznaczony i upoważniony przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie. Pełnomocnik równocześnie sprawuje nadzór organizacyjny oraz merytoryczny nad realizacją wszystkich zadań związanych z leczeniem żywieniowym, w ramach którego jest uprawniony do wydawania poleceń służbowych personelowi komórek organizacyjnych/Zespołu stanowiących Lubelski Ośrodek Leczenia Żywieniowego.

ROZDZIAŁ VIII

Blok Operacyjny

§ 236

Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie, składającą się z 12-tu sal operacyjnych (po 6 na każdym piętrze Bloku Operacyjnego w lokalizacji centralnej) oraz sal operacyjnych Klinicznych Oddziałów: Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej, Klinicznego Oddziału Ratunkowego i Sali Hybrydowej.

§ 237

Organizacją pracy Bloku Operacyjnego zarządza Kierownik Bloku Operacyjnego przy pomocy Zastępcy Kierownika i Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego, jej zastępców i pielęgniarek koordynujących.

§ 238

Szczegółowe zasady funkcjonowania Bloku Operacyjnego zostały określone w „Regulaminie Bloku Operacyjnego” stanowiącym Załącznik Nr 20 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ IX

Apteka

§ 239

1. Apteka jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, realizującą następujące zadania:

- 1) zaopatrywanie wszystkich Oddziałów i innych jednostek Szpitala (np. zakłady, pracownie, poradnie) w leki, materiały szewne, opatrunki, płyny infuzyjne, preparaty do żywienia do- i pozajelitowego, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, środki dezynfekcyjne, gazy medyczne oraz w sporządzane w Aptece leki recepturowe i roztwory leków cytostatycznych (po uprzednim sprawdzeniu autentyczności w bazie KOWAL),
- 2) dokonywanie zamówień na asortyment wskazany w pkt. 1 w oparciu o umowy przetargowe oraz w oparciu o procedury pozaprzetargowe w sytuacjach prawem przewidzianych,
- 3) sporządzanie leków recepturowych,
- 4) wprowadzanie do systemu informatycznego danych z faktur zakupionego przez Aptekę asortymentu,
- 5) prowadzenie prawidłowej ewidencji przychodu i rozchodu leków oraz pozostałego asortymentu Apteki,
- 6) utrzymywanie potrzebnego zapasu leków i pozostałego asortymentu w Aptece oraz ich prawidłowe przechowywanie i zabezpieczanie,
- 7) uczestniczenie w badaniach klinicznych poprzez udział farmaceutów w zespołach badawczych,
- 8) koordynacja wymiany międzyoddziałowej leków i pozostałego asortymentu,
- 9) współpraca z Działem Zamówień Publicznych przy przygotowywaniu specyfikacji przetargowych, odpowiedzi na pytania wykonawców oraz wyjaśnień,
- 10) kontrola i nadzór nad realizacją umów przetargowych,
- 11) koordynacja działań ogólnoszpitalnych w sytuacji wycofania lub wstrzymania przez organy Inspekcji Farmaceutycznej leków lub wyrobów medycznych,
- 12) koordynacja i ewidencja gospodarki gazami medycznymi o statusie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego (przy współpracy Działu Eksploatacyjnego),
- 13) wydawanie leków, materiałów opatrunkowych, środków dezynfekcyjnych oraz preparatów żywieniowych dla pacjentów leczonych w warunkach domowych,
- 14) kontrolowanie Apteczek Oddziałowych w zakresie prawidłowego przechowywania i zabezpieczania produktów leczniczych,
- 15) comiesięczne sprawozdawanie stanów magazynowych Apteczek Oddziałowych dla Naczelnej Pielęgniarki,
- 16) comiesięczne koordynowanie zamknięcia okresu rozliczeniowego dla Apteczek i Magazynków Oddziałowych,
- 17) obsługa korekt na leki programowe i chemioterapię,
- 18) coroczne przygotowywanie prognozy wydatków na leki i pozostały asortyment Apteki na następny rok (lub dłuższy okres),

- 19) sporządzanie i weryfikacja planów zakupów dla potrzeb całego Szpitala z zakresu wskazanego w pkt. 1, na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala i/lub towaru według rozchodów magazynowych,
- 20) sporządzanie raportów obrotu/zużycia towarów,
- 21) przyjmowanie i wydawanie darowizn produktów leczniczych oraz próbek lekarskich,
- 22) koordynowanie procesu uzyskania darowizny lekowej z późniejszą jego realizacją,
- 23) współpraca z Fundacjami w celu umożliwienia leczenia pacjentów niezakwalifikowanych do programów lekowych,
- 24) zamawianie, przyjmowanie, wprowadzanie do ewidencji i wydawanie Oddziałom bezpłatnych szczepionek dostarczanych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną zgodnie z podpisaną umową,
- 25) wysyłanie elektroniczne do Ministerstwa Zdrowia wniosków o sprowadzenie z zagranicy produktów leczniczych niezarejestrowanych w Polsce (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia) z późniejszą ich realizacją,
- 26) współpraca z Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w zakresie poprawności danych w systemie rejestrów URPL,
- 27) współpraca z Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym w Lublinie w zakresie wykonywanych zadań,
- 28) ewidencja przychodowo-rozchodowa środków izotopowych (dla Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej),
- 29) koordynacja dostaw, weryfikacja autentyczności w systemie KOWAL oraz ewidencja przychodowo-rozchodowa płynów dla pacjentów dializowanych w warunkach domowych,
- 30) współpraca z Działem Rozliczeń Usług Medycznych – poprawa sprawozdawczości do NFZ,
- 31) przygotowywanie analiz dla Zespołu Terapeutycznego,
- 32) współpraca z Działem Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych w zakresie wdrożeń systemowych,
- 33) przygotowywanie preparatów do żywienia pozajelitowego na potrzeby pacjentów leczonych w Szpitalu,
- 34) przygotowywanie leków cytostatycznych,
- 35) wydawanie leków w postaci tabletek i autowstrzykiwaczy bezpośrednio pacjentom leczonym w programach lekowych realizowanych w poradniach specjalistycznych,
- 36) obowiązek informowania w formie pisemnej Działu Aparatury Medycznej o zbliżającym się terminie zakończenia realizacji umowy dostawy, powiązanej z umową dzierżawy, użyczenia oraz testowania aparatury medycznej, ze stosownym wyprzedzeniem umożliwiającym podjęcie działań,
- 37) informowanie w formie pisemnej Działu Eksploatacyjnego o zbliżającym się terminie zakończenia przeglądów technicznych w Aptece,
- 38) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Apteki oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania,
- 39) prowadzenie rejestru zakupów poza umowami przetargowymi,
- 40) rejestracja faktur wpływających do USK Nr 4 na wydzielony adres mailowy apteki z tytułu zakupu leków.

2. W strukturze Apteki wyodrębniono:

- 1) Pracownię Leków Cytostatycznych, której zadaniem jest przyjmowanie zleceń lekarskich na wykonanie leków cytostatycznych oraz ich realizację i wydanie zgodnie ze standardami jakościowymi farmacji onkologicznej,
- 2) Pracownię Żywienia Pozajelitowego kierowaną przez Koordynatora, której zadaniem jest przygotowywanie preparatów do żywienia pozajelitowego na bazie worków RTU (ready to use) dla dorosłych pacjentów Szpitala USK nr 4 w oparciu o Farmaceutyczne Standardy Żywienia Pozajelitowego.

§ 240

W zakresie zaopatrywania Oddziałów w leki i pozostały asortyment pracownicy Apteki:

- 1) przyjmują zapotrzebowania na leki i pozostały asortyment przygotowane przez Oddziały i inne jednostki Szpitala (zakłady, pracownie, poradnie),
- 2) segregują zamówienia i przekazują na poszczególne stanowiska pracy – zadania realizowane przez magistra farmacji lub technika farmaceutycznego,
- 3) dokonują weryfikacji autentyczności leków w systemie KOWAL,
- 4) wydają leki i wyroby medyczne w/g harmonogramu do koszy transportowych,
- 5) wydają leki na „cito” – odbiór osobisty w Aptece,
- 6) wydają środki odurzające uprawnionym lekarzom (wydanie bezpośrednie),
- 7) wydają leki psychotropowe i prekursory osobom upoważnionym do ich odbioru (wydanie bezpośrednie),
- 8) wydają leki w postaci tabletek i autowstrzykiwaczy do programów lekowych i chemioterapii – odbiór osobisty, potwierdzony podpisem,
- 9) wydają leki spoza Receptariusza sprowadzane dla indywidualnych pacjentów,
- 10) wydają leki sprowadzane w procedurze importu docelowego,
- 11) wydają leki uzyskiwane na podstawie wypełnionego, odpowiedniego formularza tj. albuminy i antybiotyki III grupy,
- 12) przygotowują leki recepturowe – zgodnie z zapotrzebowaniami,
- 13) wprowadzają do programu aptecznego rozchody leków wydanych na „cito” oraz zamówień w/g harmonogramu i drukują dokumenty ich realizacji,
- 14) przyjmują dostawy gazów medycznych i tlenu ciekłego we współpracy z Działem Eksploatacyjnym,
- 15) koordynują zużycie gazów medycznych w systemie informatycznym, przygotowują i realizują zamówienia, rozliczają wydania na poszczególne Oddziały,
- 16) konwojenci apteczni transportują na Oddziały i pozostałe jednostki Szpitala zrealizowane zapotrzebowania wraz z kopią wydania podpisane przez magistra farmacji lub technika farmaceutycznego,
- 17) przygotowują preparaty do żywienia pozajelitowego,
- 18) przygotowują i nadzorują przekazanie przeterminowanych leków i wyrobów medycznych do utylizacji.

§ 241

W zakresie przygotowania leków cytostatycznych i preparatów do żywienia pozajelitowego pracownicy zatrudnieni w Pracowniach:

- 1) przyjmują zlecenia lekarskie na przygotowanie preparatów dla konkretnego pacjenta,

- 2) sprawdzają poprawność zlecenia pod względem zleconej dawki i rodzaju rozpuszczalnika, dopuszczalnych stężeń, kompatybilności połączenia preparatów zgodnie z zapisami CHPL
- 3) przygotowują etykiety na wykonany lek oraz worki ochronne,
- 4) w warunkach aseptycznych przygotowują leki cytostatyczne i preparaty do żywienia pozajelitowego,
- 5) przygotowane leki wydają na Oddziały po uprzednim zawiadomieniu telefonicznym,
- 6) nadzorują czystość mikrobiologiczną w łóżach laminarnych i na blacie roboczym przy współpracy ze szpitalnym laboratorium mikrobiologii,
- 7) rejestrują wykonane produkcje leków cytostatycznych i preparatów do żywienia pozajelitowego (arkusz EXCEL),
- 8) przygotowują rejestr pozostałości leków cytostatycznych dla konkretnego Oddziału (arkusz EXCEL),
- 9) nadzorują proces przekazania odpadów do utylizacji,
- 10) zamawiają leki cytostatyczne na potrzeby PLC i PŻP,
- 11) uczestniczą w badaniach klinicznych.

§ 242

1. Do obowiązków pracowników Apteki należy przestrzeganie warunków przechowywania i zabezpieczania leków.
2. Apteka odpowiedzialna jest za prawidłową gospodarkę lekami w Aptece, tj. kontroluje terminy ważności leków odpowiednio je rotując.
3. Apteka odpowiedzialna jest za prawidłowe zabezpieczenie leków przeterminowanych w Aptece i przekazanych przez Oddziały - do czasu utylizacji.
4. Apteka koordynuje zabezpieczenie leków wstrzymanyh/wycofanych z obrotu komunikatem GIF / WIF na Oddziałach – powiadomienie mailowe Oddziałów o wydanym komunikacie.
5. Apteka koordynuje przesunięcia międzymagazynowe (pomiędzy Oddziałami) środków odurzających i psychotropowych.

§ 243

Apteka prowadzi elektroniczną książkę kontroli obrotu środkami odurzającymi, lekami psychotropowymi oraz prekursorami.

§ 244

Zakup leków spoza Receptariusza Szpitalnego wymaga akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub osoby upoważnionej przez Dyrektora Naczelnego.

§ 245

1. Apteka odpowiada za prawidłowość przyjęcia leków od dostawców.
2. Uprawnionym do przyjęcia leków jest magister farmacji lub technik farmaceutyczny.
3. Przyjęcie leków obejmuje:
 - 1) sprawdzenie dostarczonych leków, weryfikacja autentyczności w systemie KOWAL i zweryfikowanie dostawy leków i wyrobów medycznych z fakturą i zamówieniem, zgodnie z wewnętrznymi procedurami Apteki; w przypadku wystąpienia alertu należy

postępować zgodnie z Instrukcją zarządzania alertami generowanymi przez system weryfikacji autentyczności produktów leczniczych,

- 2) potwierdzenie przyjęcia podpisem, pieczętą oraz datą przyjęcia na oryginale i kopii faktury (magister farmacji lub technik farmaceutyczny),
 - 3) wypisanie ewentualnych niezgodności towaru z danymi na fakturze i przekazanie reklamacji do realizacji; w przypadku rozbieżności należy odnotować fakt na zamówieniu,
 - 4) wpisanie na zamówieniu nr faktury, której dotyczy dostawa, oraz daty otrzymania towaru, opisanie adnotacją, czy towar został zakupiony z umowy przetargowej, oraz dokonanie autoryzacji,
 - 5) dostarczenie towaru do wybranego działu lub magazynu zgodnie z przyjętymi zasadami,
 - 6) wprowadzenie do programu aptecznego dokumentu przyjęcia (PZ) i jego wydruk przez wewnętrzny dział rozliczeń i analiz aptecznych, który odpowiada za prawidłowość wprowadzonych do systemu danych,
 - 7) sprawdzenie poprawności wprowadzonych do systemu danych z danymi z faktury (magister farmacji),
 - 8) przekazanie faktury z Apteki do Działu Finansowo-Księgowego w terminie do 3 dni roboczych (w sytuacjach standardowych).
 - 9) wprowadzanie do systemu BOSFLOW danych z faktur dla Działu Finansowo-Księgowego w terminie do 3 dni roboczych (w sytuacjach standardowych).
4. W Aptece w odniesieniu do produktów leczniczych przeprowadza się proces serializacji zgodnie z wytycznymi tzw. Dyrektywy Antyfałszywkowej z dnia 09.02.2019 r.

§ 246

1. W zakresie kontroli Apteczek Oddziałowych czynności sprawdzające wykonują mgr farmacji.
2. Szczegółowemu sprawdzeniu podlega prawidłowość przechowywania i zabezpieczania środków odurzających, psychotropowych i prekursorów.
3. Kontroli podlegają leki bardzo silnie działające (wykaz A), leki termolabilne oraz leki w postaci koncentratów.
4. Kontrole przeprowadza się w Oddziałach i pozostałych jednostkach Szpitala dwa razy w roku.
5. Z kontroli sporządzany jest protokół.

§ 247

Apteka udziela informacji na temat dostępności produktów leczniczych, sposobów ich uzyskania, sposobu przechowywania i zabezpieczenia leków, koordynuje wymianę międzyoddziałową leków w celu zmniejszenia strat leków w Szpitalu, koordynuje sprowadzanie leków w trybie nagłym; farmaceuci udzielają informacji nt. spektrum działania, postaci, dawki ewentualnie ceny produktów leczniczych.

§ 248

1. Apteka czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰-15⁰⁵, a od godz. 15⁰⁵ do godz. 18⁰⁰ dyżur pełni farmaceuta, który wydaje leki na CITO i antybiotyki grupy III.
2. Przyjmowanie dostaw leków odbywa się w godz. 7³⁰-14³⁰.

3. W godzinach 7³⁰-10⁰⁰ zgodnie z harmonogramem wydań przyjmowane są zapotrzebowania na leki z Oddziałów i pozostałych jednostek Szpitala, (ewentualnie w dniu poprzedzającym wydanie), realizowane są wydania leków zamówionych dla indywidualnych pacjentów oraz wydania leków w celu uzupełniania zapasów w jednostkach Szpitala.
4. W godzinach 10⁰⁰-12³⁰ przygotowywane są leki i pozostały asortyment z zamówień planowych (do wywiezienia przez transport apteczny) oraz wprowadzane są dane z wydań do systemu informatycznego.
5. W godzinach 12³⁰-14³⁰ odbierane są w Aptece leki.
6. Po godzinie 14³⁰ odbywa się uzupełnianie dokumentów rozchodu leków, uzupełnianie zapasów.
7. Na bieżąco składane są zamówienia do hurtowni farmaceutycznych.
8. W przypadku konieczności uzyskania leku po godzinach pracy Apteki - farmaceuta na dyżurze telefonicznie koordynuje poszukiwania leku na innych Oddziałach Szpitala.
9. W sytuacji bezwzględnej konieczności wydania produktów leczniczych z Apteki poza godzinami pracy Apteki farmaceuta przebywający na dyżurze telefonicznie przyjeżdża na wezwanie w celu wydania leku.

§ 249

1. Pracownia Leków Cytostatycznych czynna jest w dni robocze w godz. 7³⁰-15⁰⁵.
2. W Pracowni Leków Cytostatycznych przyjmowanie zleceń lekarskich odbywa się:
 - 1) do godz. 10⁰⁰ - I TURA
 - 2) do godz. 12⁰⁰ - II TURA
 - 3) do godz. 14⁰⁰ - III TURA.
3. Pracownia Żywienia Pozajelitowego czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰-15⁰⁵. Przyjmowanie zleceń odbywa się do godz. 14⁰⁰.
4. W dni wolne od pracy, pracownik Pracowni Żywienia Pozajelitowego pełni dyżur w Pracowni wykonując worki żywieniowe na potrzeby pacjentów Oddziałów szpitalnych:
 - 1) w soboty w godzinach 7³⁰-15⁰⁰ (wydawanie leków na oddziały na CITO w godz. 13⁰⁰-14⁰⁰);
 - 2) w niedziele, święta i dni wolne od pracy w godzinach 7³⁰-14⁰⁰ (wydawanie leków na oddziały na CITO w godz. 12⁰⁰-13⁰⁰).

§ 250

1. Leki, wyroby i gazy medyczne, środki dezynfekcyjne wydawane są na poszczególne Oddziały codziennie wg ustalonego harmonogramu.
2. Materiały szewne, opatrunki specjalistyczne, środki kontrastowe i leki z programów terapeutycznych i chemioterapii sprowadzane są do Apteki po złożeniu pisemnego zamówienia z Oddziału (w formie zapotrzebowania lub wniosku).

§ 251

Apteka współpracuje z:

- 1) Lekarzami Kierującymi Oddziałami oraz Pielęgniarkami Oddziałowymi – w zakresie realizacji zapotrzebowanych leków, leków cytostatycznych, żywienia pozajelitowego oraz pozostałego asortymentu Apteki,

- 2) Lekarzami Kierującymi Oddziałami – w celu racjonalizacji gospodarki lekami na Oddziałach,
- 3) Pielęgniarkami Oddziałowymi – w celu racjonalizacji zapasów lekowych na Oddziałach,
- 4) Komitetem Kontroli Zakażeń Zakładowych – w zakresie spraw związanych z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych,
- 5) Przewodniczącym Zespołu Żywniowego,
- 6) Działem Zamówień Publicznych – w zakresie czynności związanych z przygotowaniem procedur udzielenia zamówienia publicznego na środki lecznicze i pozostały asortyment Apteki,
- 7) Działem Logistyki Szpitala – w zakresie prawidłowości dystrybucji wybranych preparatów,
- 8) Zespołem Terapeutycznym – w zakresie prac związanych z uaktualnianiem Receptariusza Szpitalnego i racjonalizacją wydatków lekowych Szpitala,
- 9) Działem Rozliczeń Usług Medycznych – w zakresie rozliczania procedur lekowych,
- 10) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji – w zakresie rocznej inwentaryzacji leków i pozostałego asortymentu w Aptece i we wszystkich jednostkach Szpitala,
- 11) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji i Działem Administracyjno-Gospodarczym – w zakresie utylizacji leków przeterminowanych,
- 12) Działem Kadr i Płac – w zakresie bieżących spraw pracowniczych,
- 13) Działem Organizacyjno-Prawnym Sekcją Radców Prawnych – w zakresie spraw wymagających konsultacji prawnych,
- 14) Działem Wsparcia Informatycznego, Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi oraz Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa – w zakresie spraw bieżących, wdrożeń systemowych i wyposażenia w infrastrukturę,
- 15) Kancelarią – w zakresie czynności kancelaryjnych (odbiór pism przychodzących, wysyłka pism).
- 16) Działem Kontrolingu i Analiz – w zakresie spraw wymagających analiz,
- 17) Działem Zarządzania Jakością i Akredytacją – w zakresie procedur szpitalnych,
- 18) pozostałymi jednostkami Szpitala – w zależności od potrzeb.

§ 252

Stanowiska pracy w Aptece:

- 1) personel wykonujący obowiązki fachowe:
 - a) Kierownik Apteki Szpitalnej,
 - b) Zastępca Kierownika Apteki Szpitalnej,
 - c) Koordynator dostaw i ekspedycji,
 - d) Koordynator Pracowni Żywnienia Pozajelitowego,
 - e) asystenci - mgr farmacji, dr n. farm., dr n. med.,
 - f) technicy farmacji,
- 2) personel pomocniczy:
 - a) st. statystyk medyczny (sekretariat Apteki),
 - b) st. statystycy medyczni (dział rozliczeń i analiz)
 - c) pomoce apteczne,
 - d) konwojenci.

ROZDZIAŁ X

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

§ 253

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne jest komórką organizacyjną działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 254

Zakres świadczonych przez Medyczne Laboratorium Diagnostyczne usług obejmuje badania diagnostyczne z zakresu medycyny laboratoryjnej.

§ 255

1. W strukturze Medycznego Laboratorium Diagnostycznego funkcjonują:
 - 1) Punkt Pobrań Materiału do Badań Laboratoryjnych,
 - 2) Pracownia Analityki Ogólnej,
 - 3) Pracownia Hematologii i Koagulologii,
 - 4) Pracownia Biochemii i Immunochemii,
 - 5) Pracownia Immunologii,
 - 6) Pracownia Mikrobiologii.
2. Dostarczany do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego materiał biologiczny podlega wstępnemu przyjęciu oraz weryfikacji w Punkcie przyjęcia i rozdziału materiału do badań laboratoryjnych.

§ 256

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne zlokalizowane jest w budynku głównym Szpitala (II piętro) i pracuje w trybie całodobowym.
2. Punkt Pobrań Materiału do Badań Laboratoryjnych zlokalizowany jest w budynku Poradni Specjalistycznych i POZ i jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 14:15.

§ 257

Świadczenia w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym udzielane są pacjentom ubezpieczonym na zasadach nieodpłatności, w przypadku ich finansowania przez NFZ lub Ministra Zdrowia, oraz odpłatnie, zgodnie z obowiązującym cennikiem stanowiącym Załącznik Nr 19 do niniejszego Regulaminu, w przypadku braku ich finansowania przez podmioty jw. lub brakiem uprawnień pacjenta do bezpłatnych świadczeń.

§ 258

Świadczenia w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym wykonywane są w oparciu o ustawę z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, akty wykonawcze do w/w ustawy oraz procedury obowiązujące w laboratorium.

§ 259

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne prowadzi wewnątrzlaboratoryjną kontrolę jakości oraz uczestniczy w programach kontroli jakości zewnątrzlaboratoryjnej, zapewniając najwyższą wiarygodność wykonywanych badań laboratoryjnych.

§ 260

Personel Medycznego Laboratorium Diagnostycznego stanowią:

- 1) Kierownik laboratorium,
- 2) Zastępca kierownika laboratorium,
- 3) Kierownik pracowni,
- 4) starszy asystent medycyny laboratoryjnej,
- 5) asystent medycyny laboratoryjnej,
- 6) młodszy asystent medycyny laboratoryjnej,
- 7) diagnosta laboratoryjny,
- 8) starszy technik analityki medycznej,
- 9) rejestratorka medyczna.

§ 261

Kierownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego:

- 1) odpowiada za organizację pracy w laboratorium, zgodnie z uprawnieniami personelu do wykonywania poszczególnych czynności medycyny laboratoryjnej;
- 2) pełni nadzór nad wykonywanymi czynnościami medycyny laboratoryjnej oraz przetwarzaną dokumentacją medyczną związaną z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi;
- 3) koordynuje tok pracy Medycznego Laboratorium Diagnostycznego;
- 4) sprawuje nadzór nad zapewnieniem odpowiedniej jakości badań laboratoryjnych.

§ 262

Pozostały personel zatrudniony w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym jest odpowiedzialny za:

- 1) kontrolę prawidłowości pobierania materiałów biologicznych;
- 2) wykonywanie badań laboratoryjnych;
- 3) prowadzenie szkoleń oraz konsultacji z zakresu pobierania materiału do badań laboratoryjnych, wykonywania analiz i interpretacji wyników badań;
- 4) opracowywanie danych statystycznych w zakresie działania pracowni Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.

ROZDZIAŁ XI

Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia

Genetyczna

§ 263

Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna jest komórką organizacyjną działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 264

Zakres świadczonych usług obejmuje badania diagnostyczne z zakresu laboratoryjnej genetyki medycznej oraz parazytologii.

§ 265

1. Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna zlokalizowane jest w budynku Poradni Specjalistycznych i POZ i jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 do 15:05.
2. W przypadkach pilnych i niezbędnych proceduralnie możliwe jest wykorzystanie Medycznego laboratorium diagnostycznego - Pracowni Genetycznej w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 i całodobowo w święta i dni wolne od pracy.

§ 266

Punkt Pobrań Materiału do Badań Laboratoryjnych zlokalizowany jest w budynku Poradni Specjalistycznych i POZ i jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 14:15.

§ 267

Świadczenia w Medycznym laboratorium diagnostycznym - Pracowni Genetycznej udzielane są pacjentom ubezpieczonym na zasadach nieodpłatności, w przypadku ich finansowania przez NFZ lub Ministra Zdrowia, oraz odpłatnie, zgodnie z obowiązującym cennikiem, w przypadku braku ich finansowania przez podmioty jw. lub brakiem uprawnień pacjenta do bezpłatnych świadczeń.

§ 268

Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna świadczy usługi diagnostyczne na rzecz podmiotów trzecich w oparciu o umowy cywilnoprawne.

§ 269

Wyniki badań podaje się na specjalnych drukach z podaniem zakresu obowiązujących wartości dla danej metody.

§ 270

Świadczenia w Medycznym laboratorium diagnostycznym - Pracowni Genetycznej wykonywane są w oparciu o ustawę z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej oraz procedury obowiązujące w laboratorium.

§ 271

Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna zapewnia wysoki poziom badań diagnostycznych potwierdzany poprzez uczestnictwo w krajowych kontrolach jakości badań oraz wewnętrzną kontrolę jakości badań.

§ 272

Personel Medycznego laboratorium diagnostycznego - Pracowni Genetycznej stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) diagności laboratoryjni,
- 3) technicy analityki medycznej.

§ 273

Organizacją pracy Medycznego laboratorium diagnostycznego - Pracownią Genetyczną zarządza Kierownik Laboratorium.

§ 274

Personel zatrudniony w Medycznym laboratorium diagnostycznym - Pracowni Genetycznej wykonuje czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykorzystując najnowsze osiągnięcia naukowe i aparaturę medyczną wysokiej klasy.

§ 275

Do zadań diagnostyki laboratoryjnego należy:

- 1) przygotowanie aparatury do badań,
- 2) wykonywanie badań,
- 3) prowadzenie kontroli jakości badań,
- 4) weryfikacja i autoryzacja wyników badań,
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 6) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.

§ 276

Do obowiązków technika analityki medycznej należy:

- 1) pobieranie i przyjmowanie materiałów do badań i ich wstępne opracowanie,
- 2) przygotowanie aparatury do badań,
- 3) wykonywanie badań,
- 4) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 5) przestrzeganie praw pacjenta.

ROZDZIAŁ XII

Transfuzjolog Szpitalny

§ 277

Transfuzjolog Szpitalny USK Nr 4 w Lublinie - samodzielne stanowisko - podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 278

Do podstawowych obowiązków Transfuzjologa Szpitalnego USK Nr 4 w Lublinie należy:

- 1) nadzór nad krwiolecznictwem w USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) edukacja personelu USK Nr 4 w Lublinie w zakresie praktycznych zagadnień transfuzjologicznych.

§ 279

Transfuzjolog Szpitalny realizuje podstawowe zadania w szczególności poprzez:

- 1) wprowadzenie wytycznych dotyczących przetaczania krwi i jej składników w formie procedur transfuzjologicznych obowiązujących w USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) wnikliwą analizę praktyki leczenia krwią w USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) nadzór nad przestrzeganiem procedur transfuzjologicznych przez personel medyczny,
- 4) wprowadzenie monitorowania wyników leczenia krwią,
- 5) monitorowanie i wnikliwą analizę powikłań poprzetoczeniowych,
- 6) monitorowanie gospodarki krwią w USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) kierowanie Komitetem Transfuzjologicznym i jego pracami,
- 8) pomoc w rozwiązywaniu problemów transfuzjologicznych (konsultacje).

§ 280

Transfuzjolog Szpitalny uprawniony jest do kontroli dokumentacji związanej z leczeniem krwią i preparatami krwiopochodnymi, w tym do systematycznej kontroli ksiąg transfuzyjnych.

§ 281

Transfuzjolog Szpitalny współpracuje z Oddziałami USK Nr 4 w Lublinie przetaczającymi krew.

ROZDZIAŁ XIII

Dział Krwiolecznictwa

§ 282

Dział Krwiolecznictwa jest komórką organizacyjną w pionie działalności medycznej, podporządkowaną bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 283

1. W skład Działu Krwiolecznictwa wchodzi:
 - 1) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
 - 2) Bank Krwi,
2. Struktura zatrudnienia w Dziale Krwiolecznictwa:
 - 1) Kierownik Działu - pełniący jednocześnie funkcję Transfuzjologa Szpitalnego, odpowiedzialny za gospodarkę krwią w Szpitalu,
 - 2) Zastępca Kierownika - Kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej,
 - 3) Zastępca Kierownika - Kierownik Banku Krwi,
 - 4) pozostały personel Działu Krwiolecznictwa:
 - a) starszy asystent medycyny laboratoryjnej,
 - b) młodszy asystent medycyny laboratoryjnej,
 - c) starszy technik analityki medycznej,
 - d) starszy laborant medycyny laboratoryjnej,
 - e) sekretarka medyczna.
3. Działem Krwiolecznictwa kieruje Kierownik Działu podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
4. Kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej, Kierownik Banku Krwi oraz pozostały personel Działu podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu.

§ 284

Pracownicy Działu Krwiolecznictwa zobowiązani są do przestrzegania obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, jak również innych obowiązujących przepisów i rozporządzeń dotyczących krwiolecznictwa.

§ 285

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Działu Krwiolecznictwa prowadzi bezpośrednio Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
2. Dział Krwiolecznictwa realizuje wszystkie zalecenia pokontrolne oraz inne wytyczne RCKiK w Lublinie. Zobowiązany jest do przekazywania do RCKiK zestawień i raportów z działalności Działu.

§ 286

Pracownicy Działu zobowiązani są do poddawania się okresowej kontroli przeprowadzanej przez jednostkę merytorycznie nadrzędną w zakresie jakości wykonywanych badań.

§ 287

Dział Krwiolecznictwa współpracuje z Dyrekcją, kierownictwem Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie oraz z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie krwiolecznictwa.

§ 288

1. Dział Krwiolecznictwa świadczy usługi dla potrzeb Oddziałów USK Nr 4 w Lublinie w zakresie:
 - 1) niezwłocznego, całodobowego zaopatrzenia jednostek organizacyjnych szpitala w krew i jej składniki,
 - 2) całodobowych badań z zakresu serologii transfuzjologicznej, warunkujących bezpieczne przetaczanie krwi i jej składników,
 - 3) identyfikacji, rejestracji i sporządzania raportów o wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach, a szczególności błędach i wypadkach, związanych z przetoczeniem.
2. Zadania Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej obejmują w szczególności:
 - 1) oznaczanie grup krwi w układzie ABO i Rh oraz przeciwciał nieregularnych pacjentom Szpitala oraz Poradni Specjalistycznych i POZ USK Nr 4 w Lublinie,
 - 2) wykonywanie prób zgodności, opracowywanie serologiczne próbek krwi,
 - 3) opracowywanie serologiczne układów konfliktowych u matek Rh ujemnych i O Rh dodatnich,
 - 4) prowadzenie całej dokumentacji do powyższych czynności,
 - 5) wysyłanie próbek krwi na konsultacyjne badania serologiczne do RCKiK w Lublinie.
3. Do zadań Banku Krwi należy w szczególności:
 - 1) składanie zamówień na krew i jej składniki w RCKiK w Lublinie, zgodnie z zamówieniami Oddziałów Szpitala,
 - 2) odbiór krwi i jej składników,
 - 3) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do oddziału szpitalnego,
 - 4) całodobowe wydawanie krwi i jej składników do Oddziałów Szpitala,
 - 5) prowadzenie dokumentacji:
 - a) przychodów i rozchodów krwi i jej składników,
 - b) zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników,
 - c) innej koniecznej dokumentacji,
 - 6) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników,
 - 7) prowadzenie całodobowego nadzoru nad warunkami przechowywania krwi i jej składników w Banku Krwi.

§ 289

1. Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej kierowane są z Oddziałów oraz Poradni Specjalistycznych i POZ próbki razem z odpowiednimi zleceniami i zapotrzebowaniami.
2. Próbkę są dostarczane przez personel Oddziałów lub pocztą pneumatyczną.
3. Po wykonaniu badań wyniki umieszczane są w skrytkach poszczególnych Oddziałów.
4. Przygotowywana krew oraz zamówione składniki krwi odbierane są z Banku Krwi przez osoby zatrudnione w Oddziałach Szpitala.

§ 290

1. Badania serologiczne i wydawanie krwi i jej składników do Oddziałów Szpitala wykonywane jest całodobowo.
2. W celu zapewnienia prawidłowego wykonywania zadań Działu, pracownicy Działu pracują w systemie 8 lub 12-to godzinnym w równoważnym systemie czasu pracy.

ROZDZIAŁ XIV

Dział Sterylizacji

§ 291

Dział Sterylizacji jest komórką organizacyjną podporządkowaną bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 292

Działem Sterylizacji kieruje Kierownik oraz jego zastępca.

§ 293

Głównym zadaniem Działu Sterylizacji jest zapewnienie całodobowych świadczeń w zakresie dekontaminacji i sterylizacji sprzętu medycznego wielorazowego użytku dla wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala. Realizowane jest ono w szczególności poprzez:

- 1) przeprowadzanie procesów dezynfekcji wstępnej i właściwej sprzętu medycznego,
- 2) kompletowanie i pakowanie narzędzi w zestawy operacyjne,
- 3) wykonywanie procesów sterylizacji za pomocą różnych metod:
 - a) termicznej (para wodna),
 - b) niskotemperaturowej (tlenek etylenu, plazma),
- 4) kontrolę skuteczności i prawidłowości przebiegu w/w procesów,
- 5) magazynowanie i ekspedycję materiału sterylnego,
- 6) transportowanie narzędzi i sprzętu medycznego od i do użytkownika przez pracowników Działu Sterylizacji,
- 7) utrzymanie w należytym stanie i ciągłej sprawności technicznej wszystkich urządzeń niezbędnych dla zapewnienia gwarantowanego poziomu sterylności,
- 8) kontrola urządzeń technicznych zgodnie z ich paszportami technicznymi oraz zasadami określonymi odrębnymi przepisami,
- 9) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji formalnoprawnej zgodnej z obowiązującymi procedurami i przepisami,
- 10) dekontaminacja pomieszczeń medycznych szpitala metodą fumigacji,
- 11) zapewnienie prawidłowego przepływu informacji i współpracy pomiędzy CS a komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 294

Dział Sterylizacji zorganizowany jest zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

§ 295

1. Zadania Działu Sterylizacji wykonywane są w ramach podziału na następujące strefy:
 - 1) brudną - przeznaczoną do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych oraz aparatury medycznej, a także do mycia i dezynfekcji wózków i elementów transportowych, dostarczenia narzędzi fabrycznie nowych oraz przechowywania zapasów środków dezynfekcyjnych i przygotowywania z nich roztworów roboczych,

- 2) czystą - przeznaczoną do suszenia wydezynfekowanych narzędzi i sprzętu medycznego, pakietowania zestawów operacyjnych i zabiegowych, załadunku przygotowanych wsadów do sterylizatorów oraz tworzenia i archiwizacji dokumentacji procesów sterylizacji,
 - 3) sterylną - przeznaczoną do wyładunku wysterylizowanych materiałów ze sterylizatorów, ich magazynowania i wydawania na oddziały szpitalne.
2. Przepływ materiału między strefami odbywa się w sposób zapewniający jednokierunkowy kierunek procesu dekontaminacji i eliminujący ryzyko krzyżowego skażenia.

§ 296

1. Dla zapewnienia ciągłości realizacji zadań Dział Sterylizacji świadczy usługi całodobowo, przez 365 dni w roku.
2. Pracownicy Działu Sterylizacji wykonują pracę w systemie 7 godz. 35 min lub w równoważnym systemie 12-godzinnym, zgodnie z obowiązującym harmonogramem czasu pracy.

§ 297

1. Stanowiska w Dziale Sterylizacji:
 - 1) Kierownik,
 - 2) Zastępca Kierownika,
 - 3) specjalista ds. sterylizacji,
 - 4) starszy technik sterylizacji medycznej,
 - 5) technik sterylizacji medycznej.
2. Kierownik Działu Sterylizacji podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
3. Pozostały personel Działu Sterylizacji podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu.

§ 298

Wszystkie osoby pracujące przy urządzeniach ciśnieniowych w Dziale Sterylizacji posiadają świadectwa kwalifikacyjne „E” uprawniające do zajmowania się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci na stanowisku eksploatacji. Wymagane uprawnienia są aktualizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 299

Sprzęt medyczny przekazywany jest na podstawie zlecenia wykonania usługi sterylizacji przez bezpośredniego użytkownika zespołowi transportowemu Działu Sterylizacji według ustalonego harmonogramu lub zgłoszenia telefonicznego.

§ 300

1. Przekazane narzędzia i sprzęt medyczny do Działu sterylizacji poddawany jest obróbce technologicznej zgodnie z obowiązującymi procedurami.
2. Po przejściu wszystkich etapów technologicznej redukcji mikroorganizmów i po pozytywnej weryfikacji poprawności przebiegu poszczególnych procesów, sterylny sprzęt zwalniany jest do użytkownika.
3. Czas obiegu sprzętu uzależniony jest od metody sterylizacji.
4. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu procesu sterylizacji, zestaw nie jest dopuszczany do obiegu i podlega ponownemu przetworzeniu zgodnie z obowiązującą procedurą.

Dział Sterylizacji przy realizacji zadań współpracuje z niżej wymienionymi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie:

- 1) Oddziałami Szpitala,
- 2) Poradniami Szpitala,
- 3) Blokiem Operacyjnym,
- 4) Działem Zamówień Publicznych,
- 5) Działem Logistyki Szpitala,
- 6) Działem Eksploatacyjnym,
- 7) Działem Aparatury Medycznej,
- 8) Działem Kadr i Płac,
- 9) Działem Finansowo-Księgowym,
- 10) Działem Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego,
- 11) Działem Kontrolingu i Analiz,
- 12) Działem Administracyjno-Gospodarczym,
- 13) Apteką,
- 14) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji,
- 15) Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi,
- 16) Działem Usług Niemedycznych,
- 17) Działem Zarządzania Jakością i Akredytacji,
- 18) Działem Audytu i Kontroli,
- 19) Zespołem ds. BHP,
- 20) Sekcją Radców Prawnych,
- 21) Kancelarią Ogólną,
- 22) Działem Wsparcia Informatycznego.

ROZDZIAŁ XV

Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego

§ 302

Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego jest komórką organizacyjną w pionie działalności medycznej, podporządkowaną Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 303

1. Struktura organizacyjna Działu Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego:
 - 1) Kierownik Działu,
 - 2) Zastępcę Kierownika Działu – specjalista ds. epidemiologii,
 - 3) specjaliści ds. epidemiologii.
2. Kierownik Działu podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
3. Zastępcę Kierownika Działu i specjaliści ds. epidemiologii podlegają Kierownikowi Działu.

§ 304

1. Dział współpracuje z Dyrekcją oraz z kierownictwem Oddziałów i innych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych.
2. Kierownik i pracownicy Działu wchodzi w skład Komitetu Kontroli Zakażeń Zakładowych i Zespołu Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych jako specjaliści ds. epidemiologii.
3. W szczególności do zadań Działu należy:
 - 1) nadzór nad całokształtem spraw sanitarno-epidemiologicznych komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala,
 - 2) nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi oraz wszystkich wytycznych i zarządzeń dotyczących spraw sanitarno-epidemiologicznych,
 - 3) zestawienie i analizowanie danych epidemiologicznych uzyskanych w oparciu o system rejestracji zakażeń szpitalnych oraz publikowanie ich w postaci raportów półrocznych i rocznych zestawień porównawczych,
 - 4) wnioskowanie do Dyrekcji Szpitala, Naczelnej Pielęgniarki w sprawach zmian zmierzających do poprawy stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala,
 - 5) organizacja oraz nadzór nad działalnością edukacyjną wszystkich grup zawodowych z zakresu zasad, polityki, metod i systemu kontroli zakażeń szpitalnych (szkolenia wewnętrzne),
 - 6) planowanie i podejmowanie decyzji o rozdziale środków dezynfekcyjnych,
 - 7) weryfikacja i prowadzenie czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych w oddziałach i poradniach,
 - 8) prowadzenie rejestracji czynników alarmowych.

§ 305

W przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w związku z prowadzoną kontrolą i nadzorem w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych, Kierownik i pracownicy Działu są uprawnieni do:

- 1) wydawania zaleceń pokontrolnych,

- 2) sprawdzania realizacji zaleceń.

§ 306

Dział współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie wdrażania procedur epidemiologiczno-sanitarnych, w szczególności z:

- 1) Komitetem Kontroli Zakażeń Zakładowych,
- 2) Zespołem Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych,
- 3) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej,
- 4) Poradnią Medycyny Pracy,
- 5) Działem Sterylizacji,
- 6) Apteką,
- 7) Działem Administracyjno-Gospodarczym.

§ 307

Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego współpracuje z Wojewódzką i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w zakresie nadzoru bieżącego oraz kontroli nad zakażeniami szpitalnymi oraz chorobami zakaźnymi.

Rozdział XVI

Dział Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki

§ 308

Dział Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki jest komórką organizacyjną podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 309

Do zadań Działu Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki należy:

- 1) kreowanie polityki lekowej szpitala,
- 2) racjonalizacja farmakoterapii,
- 3) analiza w zakresie farmakoterapii oraz opracowywanie wytycznych i rekomendacji mających na celu zapewnienie racjonalności w zakresie polityki lekowej,
- 4) analiza farmakoekonomiczna dotycząca m.in. zużycia stosowanych produktów leczniczych, kosztów leczenia,
- 5) nadzór nad procesem farmakoterapii, m.in. poprzez audyty lekowe, audyty antybiotykowe, audyty obejmujące profilaktykę przeciwzakrzepową, udział w terapii monitorowanej stężeniem leku we krwi,
- 6) przeprowadzanie audytów lekowych na oddziałach szpitala,
- 7) analiza działań niepożądanych produktów leczniczych zgłaszanych na terenie szpitala,
- 8) szkolenie personelu szpitala w zakresie bezpiecznej farmakoterapii,
- 9) edukacja pacjentów w zakresie bezpiecznej farmakoterapii,
- 10) przygotowywanie materiałów edukacyjnych związanych ze zidentyfikowanymi problemami lekowymi,
- 11) udział w komitetach i zespołach działających na terenie szpitala.

§ 310

Personel Działu Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) asystenci farmacji.

ROZDZIAŁ XVII

Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej

§ 311

1. Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. W skład Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej wchodzi Sekcja Statystyków Medycznych, której pracownicy podlegają bezpośrednio Zastępcy Kierownika Działu - Sekcja Statystyków Medycznych.
3. Statystycy Klinicznego Oddziału Ratunkowego, którzy organizacyjnie podlegają Koordynatorowi KOR, merytorycznie podlegają:
 - 1) Kierownikowi Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie realizacji obowiązków związanych z koordynacją uprawnień pacjentów do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz przygotowaniem danych i dokumentów uprawniających do bezpłatnych świadczeń,
 - 2) Zastępcy Kierownika Działu - Sekcja Statystyków Medycznych w zakresie wsparcia merytorycznego pod względem kompletności historii chorób.

§ 312

Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej realizuje następujące zadania:

- 1) obsługa osób hospitalizowanych w zakresie m.in. wydawania zaświadczeń, weryfikacji uprawnień do bezpłatnych świadczeń, wystawiania faktur dla nieubezpieczonych pacjentów (z wyłączeniem pacjentów Klinicznego Oddziału Ratunkowego),
- 2) tworzenie ram organizacyjno-prawnych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalu,
- 3) nadzór nad prowadzeniem indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej wytwarzanej w Szpitalu,
- 4) nadzór nad prowadzeniem harmonogramów przyjęć/ list oczekujących,
- 5) sporządzanie sprawozdań/ analiz w zakresie statystyki medycznej.
- 6) nadawanie uprawnień pracownikom Szpitala do systemów: EWUŚ i AP-KOLCE,
- 7) zamawianie i wydawanie recept (papierowych) – na wypadek awarii systemu informatycznego,
- 8) nadzorowanie kompletności danych w zakresie Wykazu/Księgi Głównej Przyjęć i Wypisów oraz Wykazu/ Księgi noworodków.
- 9) współpraca przy organizowaniu wyborów (tworzenie wykazu pacjentów niezbędnego do aktualizacji spisu wyborców dla okręgu wyborczego tworzonego w Szpitalu),
- 10) współpraca w zakresie tłumaczenia formularzy zgód na języki obce.

§ 313

Do zadań Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie obsługi pacjentów należy:

- 1) wydawanie zaświadczeń dotyczących okresu pobytu w szpitalu pacjentom aktualnie hospitalizowanym oraz z danego roku kalendarzowego, zaświadczeń o pobycie dziecka w szpitalu uprawniające do przyznania uzupełniającego urlopu macierzyńskiego,

- 2) w zakresie związanym z obsługą zgonów pacjentów:
 - a) prowadzenie rejestru zgonów,
 - b) bieżące monitorowanie informacji odnośnie miejsca załatwiania formalności związanych ze zgonem pacjenta (dane dotyczące firmy świadczącej usługi mortalitarne, godziny pracy urzędów itp.): opracowywanie informacji w tym zakresie i przekazywanie ich do Oddziałów,
 - c) nadzorowanie gromadzenia danych dotyczących zgonów w stanie terminalnym,
- 3) w zakresie nadzoru nad uprawnieniami pacjentów do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (hospitalizacje):
 - a) sprawdzanie kompletności danych osobowych oraz prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych hospitalizowanych pacjentów,
 - b) występowanie z wnioskiem do odpowiedniej instytucji o przyznanie prawa do świadczeń na podst. art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - c) dokonywanie zmiany danych osobowych, uzupełnianie danych pacjentów NN oraz scalanie identyfikatorów pacjentów, we współpracy z pracownikami oddziałów (dotyczy pacjentów aktualnie hospitalizowanych),
 - d) korespondencja z NFZ – przysyłanie dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - e) wystawianie faktur osobom hospitalizowanym (z wyłączeniem KOR), które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych; sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych faktur i przekazywanie ich do Działu Finansowo-Księgowego,
 - f) przekazywanie informacji do Działu Finansowo-Księgowego o konieczności wystawienia faktur dla płatników będących osobami prawnymi za hospitalizację pacjentów, którzy nie są uprawnieni do korzystania z usług opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - g) przekazywanie wykazów pacjentów, którzy nie mają potwierdzonych uprawnień w eWUŚ, osobom odpowiedzialnym za uzupełnienie brakujących danych w odpowiednich komórkach Szpitala.

§ 314

Do zadań Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie tworzenia ram organizacyjno-prawnych do prowadzenia dokumentacji medycznej należy:

- 1) współpraca z Sekcją Radców Prawnych w zakresie przygotowywania zarządzeń wewnętrznych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej,
- 2) opracowywania procedur dotyczących prowadzenia i kompletowania dokumentacji medycznej,
- 3) opracowywanie i aktualizacja wzorów formularzy dokumentacji medycznej,
- 4) współpraca z Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi w zakresie wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) i dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,
- 5) sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem EDM i dokumentacji w postaci elektronicznej,
- 6) sprawowanie nadzoru nad kompletnością prowadzonych w Szpitalu wykazów zbiorczej dokumentacji medycznej,
- 7) sprawowanie nadzoru nad zdawalnością i kompletnością historii chorób (w zakresie określonym w procedurach/ zarządzeniach obowiązujących w USK Nr 4 w Lublinie).

§ 315

Do zadań Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie statystyki medycznej należy:

- 1) kontrolowanie ruchu chorych w Szpitalu, tj. przyjęć, wypisów, zgonów i przeniesień międzyoddziałowych,
- 2) sporządzanie codziennych raportów z obłożenia łóżek w poszczególnych oddziałach,
- 3) sporządzanie zestawień dotyczących statystyki medycznej w zakresie leczenia szpitalnego,
- 4) przekazywanie danych z zakresu szpitalnej karty statystycznej do Państwowego Zakładu Higieny,
- 5) sporządzanie (w zakresie statystyki medycznej) sprawozdań do:
 - a) Głównego Urzędu Statystycznego (ZD-3, ZD-4, dane statystyczne urodzeń oraz martwych urodzeń dla potrzeb statystyki publicznej oraz dane statystyczne z III części karty zgonu),
 - b) Ministerstwa Zdrowia (MZ-11, MZ-13, MZ-24, MZ-29),
 - c) Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie – „System Informacji o Szpitalach” (liczba wolnych łóżek, dyżurujący lekarze, ograniczenia przyjęć),
 - d) Uniwersytetu Medycznego (zgodnie z aktualnie obowiązującymi wzorami),
 - e) Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 6) opracowywanie zestawień/ analiz na potrzeby akredytacji Szpitala.
- 7) wykonywanie zestawień na podstawie gromadzonych danych statystycznych na potrzeby innych komórek organizacyjnych.

§ 316

Do zadań Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie nadzoru nad prowadzeniem harmonogramów przyjęć (list oczekujących) należy:

- 1) weryfikacja kompletności i poprawności wpisów do harmonogramów, w tym listy oczekujących prowadzonych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala,
- 2) sporządzanie zbiorczych zestawień dotyczących pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia i przekazywanie ich raz w miesiącu do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 3) gromadzenie informacji dotyczących pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia w poszczególnych jednostkach działalności medycznej i przesyłanie jej w każdy dzień roboczy do NFZ,
- 4) sprawozdawanie harmonogramów przyjęć/list oczekujących.

§ 317

Do podstawowych zadań Sekcji Statystyków Medycznych oraz statystyków Klinicznego Oddziału Ratunkowego należy:

- 1) kompletowanie historii chorób prowadzonych w postaci papierowej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz standardami określonymi w Szpitalu,
- 2) weryfikacja kompletności indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej w systemie informatycznym Szpitala,
- 3) prowadzenie bazy danych pacjentów oddziału niezbędnej do bieżącego monitorowania zdawalności indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów (z wyłączeniem Klinicznego Oddziału Ratunkowego),
- 4) przekazywanie personelowi odpowiedzialnemu za tworzenie dokumentacji medycznej informacji dotyczących konieczności uzupełnienia niekompletnych historii,

- 5) informowanie Lekarzy Kierujących Oddziałami/Dyrektora ds. Medycznych o problemach przy prowadzeniu historii chorób (jakości dokumentacji) oraz stopniu zdawalności historii do Archiwum Centralnego,
- 6) pomoc personelowi medycznemu przy wdrażaniu nowych rozwiązań w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

§ 318

Przy realizacji zadań Dział Dokumentacji i Statystyki Medycznej współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie, w szczególności z:

- 1) oddziałami szpitalnymi w zakresie:
 - a) prowadzenia dokumentacji medycznej (wykazu głównego przyjęć i wypisów, wykazu/Księgi noworodków, karty zgłoszenia nowotworu złośliwego),
 - b) poprawnego prowadzenia przez pracowników oddziału obowiązującej dokumentacji medycznej,
 - c) kontrolowania ruchu chorych w Szpitalu,
 - d) obsługi pobytu pacjenta w szpitalu (uzupełnianie danych osobowych, ubezpieczeniowych - ze szczególnym uwzględnieniem działań w przypadku awarii systemu eWUŚ),
 - e) wydawania lekarzom druków recept (do aptek ogólnodostępnych),
 - f) sporządzania sprawozdań i analiz z zakresu statystyki medycznej,
 - g) nadzoru nad wprowadzaniem ankiet wpisywanych przez Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych;
- 2) Działem Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych oraz Działem Rozliczeń Usług Medycznych w zakresie:
 - a) wystawiania faktur osobom hospitalizowanym, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (na podstawie druku „Planowane/zrealizowane świadczenie medyczne” dostarczonego przez koder oddziału, Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych sporządza wycenę usługi, zaś Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej wystawia na tej podstawie fakturę),
 - b) sporządzania na potrzeby Działu Rozliczeń Usług Medycznych miesięcznych zestawień dotyczących płatników usług, które zostały udzielone hospitalizowanym pacjentom,
 - c) przekazywania do Działu Rozliczeń Usług Medycznych kopi dokumentów potwierdzających prawo do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (dokumenty UE, Karta Polaka, decyzje MOPR),
 - d) wykonywania korekty rozliczenia hospitalizacji w przypadku zmiany płatnika,
 - e) sprawozdań przekazywanych do Uniwersytetu Medycznego (dane dotyczące hospitalizacji w ramach pakietu onkologicznego, osobodni leczenia żywieniowego);
- 3) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie:
 - a) fakturowania usług udzielonych w ramach hospitalizacji osobom nieposiadającym uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej przekazuje jeden egzemplarz faktury do Działu Finansowo-Księgowego na bieżąco, a zestawienia zbiorcze tych faktur – po zakończeniu miesiąca),
 - b) współpracy w zakresie weryfikacji faktur za tłumaczenie formularzy zgód (potwierdzanie wykonanego zlecenia przez tłumacza);

- 4) Archiwum Centralnym w zakresie sprawowanej przez Archiwum funkcji kontrolno-nadzorczej dotyczącej archiwizowania dokumentacji medycznej;
- 5) Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa, Działem Wsparcia Informatycznego oraz Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi w zakresie:
 - a) wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) i dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,
 - b) wprowadzania do systemu informatycznego nowych oraz aktualizacji istniejących formularzy dokumentacji medycznej,
 - c) opracowywania wykazów/ raportów statystycznych na potrzeby Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej;
- 6) Sekcją Radców Prawnych w zakresie przygotowywania zarządzeń wewnętrznych dotyczących dokumentacji medycznej;
- 7) Działem Kontrolingu i Analiz w zakresie udostępniania gromadzonych danych;
- 8) Działem Krwiolecznictwa w zakresie aktualizacji danych osobowych pacjentów;
- 9) Działem Zarządzania Jakością i Akredytacji w zakresie opracowywania procedur akredytacyjnych, zgodności dokumentacji medycznej ze standardami akredytacyjnymi oraz analiz/ zestawień dotyczących wykonania wybranych standardów akredytacyjnych;
- 10) Tłumaczem pracującym na zlecenie Szpitala w zakresie zleconych przez oddziały tłumaczeń formularzy zgód na języki obce.

§ 319

Sekcja Statystyków Medycznych współpracuje z:

- 1) personelem medycznym w zakresie kompletowania historii chorób pacjentów wypisywanych z oddziału,
- 2) koderami w zakresie udostępnienia do wglądu, na ich wnioski, historii chorób pacjentów (dotyczy udostępniania dokumentacji nieprzekazanej jeszcze do archiwizacji),
- 3) Archiwum Centralnym w zakresie sporządzenia spisów zdawczo-odbiorczych i przekazywania historii chorób do archiwizacji.

§ 320

1. Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej kieruje Kierownik Działu przy pomocy Zastępcy Kierownika Działu oraz Zastępcy Kierownika Działu - Sekcja Statystyków Medycznych.
2. Pozostały personel Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej stanowią:
 - 1) statystyk/starszy statystyk medyczny ds. administracyjno-rozliczeniowych,
 - 2) statystyk/starszy statystyk medyczny - koordynator i analityk ds. dokumentacji medycznej,
 - 3) statystyk/starszy statystyk medyczny ds. raportowania i statystyki medycznej,
 - 4) statystyk/starszy statystyk medyczny ds. koordynacji i nadzoru harmonogramów przyjęć,
 - 5) statystyk/starszy statystyk medyczny ds. oceny kompletności i autoryzacji historii chorób,
 - 6) statystyk/starszy statystyk medyczny ds. analiz dokumentacji medycznej.
3. Skład osobowy Sekcji Statystyków Medycznych stanowią:
 - 1) Zastępca Kierownika Działu - Sekcja Statystyków Medycznych,
 - 2) starszy statystyk medyczny - sekcja,

3) statystyk medyczny - sekcja.

ROZDZIAŁ XVIII

Dział Dietetyki

§ 321

Dział Dietetyki jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych oraz stanowi część funkcjonalną Lubelskiego Ośrodka Leczenia Żywieniowego, o którym mowa w Rozdziale VII zatytułowanym „Ośrodki”.

§ 322

Dział Dietetyki jest powołany w celu upowszechnienia standardów żywienia klinicznego poprzez aktywne włączenie dietetyka w proces leczenia oraz przeciwdziałania występowaniu niedożywienia u pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 4 w Lublinie, zgodnie z zasadami żywienia klinicznego opartymi na dowodach naukowych.

§ 323

Do zadań Działu Dietetyki należy rozpoznawanie niedożywienia pacjentów, zapobieganie i aktywne uczestniczenie w leczeniu zaburzeń stanu odżywienia pacjentów w ramach współpracy z personelem medycznym oddziałów szpitalnych i Zespołem Leczenia Żywieniowego USK Nr 4 w Lublinie, w tym:

- 1) przeprowadzanie przesiewowej oceny stanu odżywienia pacjentów przydzielonych oddziałów klinicznych,
- 2) przeprowadzanie pogłębionej oceny stanu odżywienia chorych z zaburzeniami stanu odżywienia z przydzielonych oddziałów klinicznych,
- 3) udzielanie konsultacji dietetycznych pacjentom przydzielonych oddziałów klinicznych, w oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej z zakresu dietetyki i żywienia klinicznego. Wynik konsultacji dietetyk dokumentuje w Szpitalnym Systemie Informacyjnym – konsultacja dietetyczna,
- 4) udział w prowadzeniu leczenia żywieniowego przy współpracy z zespołem prowadzonym przez lekarza,
- 5) nadzór nad wdrażaniem leczenia żywieniowego przez lekarzy prowadzących - w przypadku pacjentów z niedożywieniem umiarkowanym i ciężkim,
- 6) monitorowanie prowadzonego w oddziale/oddziałach odżywiania doustnego i leczenia żywieniowego,
- 7) monitorowanie rozliczeń leczenia żywieniowego w przydzielonych oddziałach klinicznych,
- 8) udzielanie indywidualnych porad dietetycznych i prowadzenie edukacji żywieniowej pacjentów i/lub ich opiekunów,
- 9) opracowywanie materiałów informacyjnych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy, opartej na dowodach naukowych, z zakresu dietetyki i żywienia klinicznego, niezbędnych w prowadzeniu edukacji żywieniowej pacjentów i/lub ich opiekunów,
- 10) sporządzanie indywidualnych zaleceń żywieniowych dla pacjentów o specjalnych potrzebach żywieniowych, bez przeciwwskazań do żywienia drogą doustną, objętych leczeniem żywieniowym do i/lub pozajelitowym z przydzielonego oddziału,

- 11) przypisywanie diet pacjentów hospitalizowanych, zgłaszanie zmian diet pacjentów do Działu Żywienia,
- 12) przesyłanie w systemie komputerowym zapotrzebowania żywieniowego przydzielonych oddziałów klinicznych do Działu Żywienia,
- 13) udział w spotkaniach dedykowanych raportom lekarsko-pielęgniarsko-dietetycznym,
- 14) przeprowadzanie konsultacji dietetycznych dla zewnętrznych pacjentów w Poradni Leczenia Żywieniowego (część dietetyków).

§ 324

1. Dietetycy świadczą opiekę dietetyczną na następujących oddziałach:
 - 1) Kliniknym Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej,
 - 2) Kliniknym Oddziale Chirurgii Naczyniowej,
 - 3) Kliniknym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego,
 - 4) Kliniknym Oddziale Transplantologii,
 - 5) Kliniknym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii,
 - 6) Kliniknym Oddziale Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,
 - 7) Kliniknym Oddziale Ginekologii i Położnictwa,
 - 8) Kliniknym Oddziale Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej,
 - 9) Kliniknym Oddziale Kardiologii,
 - 10) Kliniknym Oddziale Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej,
 - 11) Kliniknym Oddziale Kardiologii Inwazyjnej,
 - 12) Kliniknym Oddziale Elektrokardiologii,
 - 13) Kliniknym Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych,
 - 14) Kliniknym Oddziale Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,
 - 15) Kliniknym Oddziale Neurochirurgii,
 - 16) Kliniknym Oddziale Neurologii,
 - 17) Kliniknym Oddziale Udarowy i Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej,
 - 18) Kliniknym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej II,
 - 19) Kliniknym Oddziale Rehabilitacji,
 - 20) Kliniknym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej,
 - 21) Kliniknym Oddziale Ortopedii i Traumatologii,
 - 22) Kliniknym Oddziale Otorynolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii,
 - 23) Kliniknym Oddziale Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Wzmoczonej Opieki Pulmonologicznej i Postcovidowej
 - 24) Kliniknym Oddziałem Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety
 - 25) Kliniknym Oddziale Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Chorób Wewnętrznych,
 - 26) Kliniknym Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej,
 - 27) Oddziale Onkologii Klinicznej i Chemioterapii.

§ 325

Dział Dietetyki współpracuje z :

- 1) Pielęgniarkami Oddziałowymi w zakresie opracowywania indywidualnych diet dla pacjentów lub ich rodzin,
- 2) personelem medycznym oddziałów szpitalnych i Zespołem Leczenia Żywieniowego w zakresie leczenia zaburzeń stanu odżywiania pacjentów,

- 3) Działem Żywnienia w zakresie zaleceń żywieniowych dla pacjentów oraz zmiany diet pacjentów.

§ 326

1. Działem Dietetyki kieruje Kierownik Działu, który współpracuje z osobą koordynującą funkcjonowanie Lubelskiego Ośrodka Leczenia Żywieniowego wyznaczoną przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie.
2. Pozostały personel Działu stanowią:
 - 1) dietetycy,
 - 2) starsi dietetycy
 - 3) asystenci dietetyki.

ROZDZIAŁ XIX

Archiwum Centralne

§ 327

Archiwum Centralne jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie, która zajmuje się przejmowaniem dokumentacji zbędnej w bieżącej pracy komórek organizacyjnych, jej przechowywaniem, ewidencjonowaniem, udostępnianiem, brakowaniem oraz przekazywaniem materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego.

§ 328

1. Archiwum Centralne podlega Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Kierownik Archiwum Centralnego odpowiedzialny jest za prawidłowe funkcjonowanie Archiwum, nadzór nad powierzoną dokumentacją, a w szczególności za ochronę przed zniszczeniem i utratą gromadzonej w Archiwum dokumentacji.

§ 329

Do zadań Archiwum Centralnego należy:

- 1) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie prawidłowego przekazywania akt do Archiwum Zakładowego,
- 2) przejmowanie i archiwizowanie dokumentacji medycznej z poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej,
- 3) przejmowanie i archiwizowanie dokumentacji wytworzonej w toku działalności komórek organizacyjnych prowadzącej dokumentację,
- 4) przechowywanie i zabezpieczanie przejętej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji,
- 5) udostępnianie dokumentacji,
- 6) przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego,
- 7) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w komisyjnym brakowaniu oraz przekazywanie wybrakowanej dokumentacji na makulaturę – po uprzednim uzyskaniu stosownego zezwolenia Archiwum Państwowego,
- 8) wystawianie zaświadczenia osobom, które były hospitalizowane w latach poprzedzających bieżący rok kalendarzowy.

§ 330

W szczególności do zadań Archiwum Centralnego należy:

- 1) przejmowanie akt spraw ostatecznie załatwionych po upływie okresu przechowywania w komórce organizacyjnej kompletnymi rocznikami,
- 2) przechowywanie dokumentacji, która powinna być uporządkowana, teczki opisane i załączony spis spraw,
- 3) udzielanie pisemnej odpowiedzi wraz z odpisem historii choroby (kserokopie) uprawnionym organom zgodnie z obowiązującymi przepisami i poświadczanie ich za zgodność z oryginałem,
- 4) przeprowadzanie oceny dokumentacji niearchiwalnej oraz występowanie do Archiwum Państwowego w celu uzyskania zgody na likwidację akt,

- 5) przygotowanie materiałów archiwalnych do przekazania do Archiwum Państwowego,
- 6) udostępnianie akt wytworzonych w danych komórkach organizacyjnych uprawnionym pracownikom na podstawie kart udostępnienia,
- 7) wypożyczanie dokumentacji medycznej do Oddziałów lub Poradni w związku z kontynuacją leczenia bądź do celów naukowo-badawczych na podstawie odpowiednich rewersów; wypożyczanie dokumentacji ewidencjonowane jest w rejestrze wypożyczeń,
- 8) udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym organom i podmiotom bez zbędnej zwłoki, wraz z pozostawieniem kopii lub skanu udostępnionej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie rejestru udostępnień,
- 9) wydawanie pacjentom szpitala, ich przedstawicielom ustawowym bądź osobom upoważnionym przez pacjenta kserokopii wyników badań, zaświadczeń o pobycie, kserokopii kart informacyjnych, kserokopii historii chorób (poświadczonych za zgodność z oryginałem) bądź dokumentacji zewnętrznej pacjenta,
- 10) pobieranie opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującym cennikiem,
- 11) wystawianie paragonów fiskalnych/faktur za udostępniane kserokopie dokumentacji medycznej pacjentom i uprawnionym organom,
- 12) monitorowanie temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniach magazynowych oraz dbanie o dobry stan i porządek zgromadzonych akt,
- 13) sporządzanie statystycznych zestawień zdanych i niezdanых historii choroby oraz kwartalnych i miesięcznych raportów i przekazanie do Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 331

Archiwum Centralne sporządza informacje o ilościach wypożyczanych historii chorób, których minął sześciomiesięczny termin zwrotu i przekazuje dwa razy w roku lekarzom kierującym oddziałami.

§ 332

Archiwum Centralne współpracuje z:

- 1) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie przyjmowanie historii chorób i Ksiąg Głównych do archiwizacji,
- 2) Kancelarią w zakresie odbioru pism przychodzących, zarządzeń, wysyłania korespondencji,
- 3) Działem Kadr i Płac w zakresie bieżących spraw pracowniczych, przyjmowania dokumentacji – akt osobowych pracowników do archiwizacji,
- 4) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie składania raportów dobowych, miesięcznych rejestrów wystawionych faktur, rozliczania z pobranych opłat od pacjentów, przejmowania dokumentacji do archiwizowania,
- 5) Oddziałami szpitala w zakresie przyjmowania dokumentacji do archiwizacji, wypożyczania historii chorób pacjentów oraz przyjmowania wyników badań wpływających po wypisie pacjenta ze szpitala i dołączaniem ich do historii choroby pacjenta,
- 6) Poradniami w zakresie wypożyczania historii chorób,
- 7) Kliniką Oddziałem Ratunkowym oraz Izbą Ginekologiczno-Położniczą w zakresie przyjmowania historii chorób do archiwizacji,

- 8) pozostałymi komórkami organizacyjnymi w zakresie przyjmowania dokumentacji do archiwizacji i wypożyczania dokumentacji.

§ 333

Personel Archiwum Centralnego stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) Zastępcą Kierownika,
- 3) starsi statystycy medyczni,
- 4) statystycy medyczni.

ROZDZIAŁ XX

Warunki współdziałania jednostek, komórek organizacyjnych działalności medycznej dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania USK Nr 4 w Lublinie pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym

§ 334

Wszystkie jednostki i komórki organizacyjne działalności medycznej współpracują ze sobą w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego przebiegu procesu leczenia, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego pacjenta.

§ 335

Zakłady i pracownie stanowią zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne dla pacjentów hospitalizowanych i pacjentów ambulatoryjnych.

§ 336

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne zapewnia pełną diagnostykę laboratoryjną pacjentom USK Nr 4 w Lublinie, stosownie do zleceń lekarzy oddziałów/poradni.

§ 337

Lekarze specjaliści Oddziałów wykonują konsultacje specjalisty na rzecz pacjentów innych Oddziałów stosownie do zleceń konsultacji.

ROZDZIAŁ XXI

Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 338

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą realizującymi na rzecz USK Nr 4 w Lublinie świadczenia zdrowotne, w przypadku braku możliwości zabezpieczenia we własnym zakresie realizacji w/w świadczeń, w celu zapewnienia kompleksowości procesu diagnostyczno-leczniczego oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w USK Nr 4 w Lublinie.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w ust. 1 odbywa się na podstawie zawartej umowy, po przeprowadzeniu przez USK Nr 4 w Lublinie konkursu ofert na udzielanie zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych.
3. USK Nr 4 w Lublinie współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na rzecz których realizuje świadczenia diagnostyczne i konsultacyjne.

ROZDZIAŁ XXII

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat za udzielane świadczenia

§ 339

Świadczenia zdrowotne udzielane w USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie mają charakter odpłatny w następujących sytuacjach:

- 1) wykonania świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który zawarł umowę z USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie podlegających rozliczeniu przez USK Nr 4 w Lublinie w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, których koszty ponosi jednostka zlecająca świadczenie,
- 2) wykonania świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia, który nie zawarł umowy ze Szpitalem na udzielanie usług medycznych, niepodlegających rozliczeniu przez USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, których koszty ponosi jednostka wystawiająca skierowanie,
- 3) wykonania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z innym płatnikiem niż podmioty wymienione w pkt 1 i 2 (ZUS - w odniesieniu do świadczeń w ramach prewencji zawodowej, organy samorządowe i rządowe - w odniesieniu do programów profilaktycznych), których koszty ponosi jednostka zlecająca,
- 4) wykonania świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, w szczególności na rzecz:
 - a) pacjentów nieubezpieczonych, z wyjątkiem nieubezpieczonych, których koszty leczenia pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia i budżet państwa,
 - b) pacjentów, którzy nie przedstawili dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej w wymaganym terminie,
 - c) pacjentów nieposiadających skierowania, w przypadku gdy jest ono wymagane,
 - d) pacjentów posiadających skierowanie od lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, który nie podpisał ze Szpitalem umowy na usługi medyczne (z wyłączeniem skierowań do leczenia szpitalnego),
 - e) pacjentów, których stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a którzy nadal przebywają w Szpitalu, zgodnie z regulacją art. 30 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej,
 - f) cudzoziemców nieuprawnionych na podstawie umów międzynarodowych lub przepisów o koordynacji,

których koszty ponosi pacjent lub osoba, na której ciąży obowiązek alimentacyjny.

§ 340

Pacjenci nieuprawnieni do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, zgłaszający się do udzielenia świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia życia, podlegają procedurom udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie właściwym dla pacjentów uprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nagłych.

§ 341

1. W przypadku świadczeń udzielanych w trybie planowym pacjenci nieuprawnieni do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z uwagi na brak ubezpieczenia zdrowotnego, brak skierowania (w przypadkach wymaganych) lub posiadający skierowanie od lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego (z wyłączeniem leczenia szpitalnego), bądź nie przedstawiający dokumentu potwierdzającego uprawnienie do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, podlegają procedurom udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie, w którym o kolejności dostępu do świadczenia decydują kryteria medyczne.
2. Organizacja świadczeń udzielanych na zasadzie odpłatności ponoszonej przez pacjenta, nie może ograniczać dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, w szczególności nie może powodować wydłużenia okresu oczekiwania na świadczenie planowe przez pacjentów ubezpieczonych.

§ 342

W sytuacji wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz osoby nieuprawnionej do bezpłatnego świadczenia obowiązują następujące zasady rozliczeń:

- 1) w przypadku porady ambulatoryjnej oraz badania diagnostycznego warunkiem wykonania świadczenia jest wniesienie przez pacjenta opłaty zgodnie z obowiązującym cennikiem w dniu udzielania świadczenia, przelewem bądź gotówką w miejscu udzielania świadczenia; dowodem dokonania opłaty jest paragon fiskalny lub faktura,
- 2) w przypadku świadczeń udzielanych w ramach Klinicznego Oddziału Ratunkowego pacjent ponosi koszty udzielenia świadczeń zdrowotnych skalkulowanych, zgodnie z obowiązującym cennikiem, po zakończeniu pobytu w KOR, w oparciu o wystawiony w KOR paragon fiskalny lub fakturę; w przypadku braku możliwości uiszczenia należności bezpośrednio po udzieleniu świadczenia obowiązkowo do paragonu fiskalnego wystawiana jest faktura, a pacjent dokonuje zapłaty przelewem lub gotówką w kasie KOR w terminie wskazanym w fakturze.
- 3) w przypadku świadczeń udzielanych w Pracowniach/Zakładach diagnostycznych w trybie planowym, pacjent ponosi koszt świadczenia przed jego realizacją, zgodnie z obowiązującym cennikiem; komórki udzielające świadczeń wydają paragon fiskalny bądź wystawiają fakturę do paragonu fiskalnego, której jeden egzemplarz otrzymuje pacjent,
- 4) w przypadku świadczeń udzielanych w warunkach hospitalizacyjnych:
 - a) w trybie nagłym – pacjent ponosi koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych po zakończeniu hospitalizacji i ustaleniu kwoty odpłatności przez Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych, w oparciu o rejestr procedur zrealizowanych u pacjenta w procesie leczenia, przekazany przez oddział lub oddziały, w których miała miejsce hospitalizacja; fakturę do paragonu fiskalnego wystawia Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej,
 - b) w trybie planowym – warunkiem udzielania świadczenia jest dokonanie przez pacjenta przedpłaty na poczet planowanych procedur medycznych, których wykaz

przekazywany przez oddział do Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych jest podstawą ustalenia kwoty odpłatności; w oparciu o wskazaną kwotę Dział Dokumentacji i Statystyki Medycznej wystawia fakturę do paragonu fiskalnego podlegającą opłacie przed wyznaczonym dniem hospitalizacji, która może podlegać korekcie „in plus” bądź „in minus” po zakończeniu procesu leczenia i ostatecznym ustaleniu kosztów leczenia.

§ 343

1. W przypadku wykonywania odpłatnych świadczeń na rzecz jednostki zewnętrznej zlecającej świadczenia, rozliczenie następuje w oparciu o wykaz zrealizowanych świadczeń, przekazanych przez komórki organizacyjne działalności medycznej, w których świadczenia były wykonywane i wyceną dokonaną przez Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych w oparciu o obowiązujące w rozliczeniach cenniki.
2. Fakturę, w oparciu o wycenę, o której mowa w ust. 1, wystawia Dział Finansowo-Księgowy.

§ 344

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne na rzecz osób nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 238 pkt 4, oraz w odniesieniu do świadczeń udzielanych na zasadzie całkowitej odpłatności na podstawie odrębnych przepisów regulują cenniki stanowiące załączniki Nr 3-18 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ XXIII

Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 345

1. Sporządzanie wyciągu, odpisu, kopii oraz wydruku dokumentacji medycznej, a także kopii dokumentacji medycznej w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) udostępnianej na informatycznym nośniku danych, następuje na koszt uprawnionych do żądania dokumentacji osób i podmiotów, po wniesieniu obowiązkowej opłaty.
2. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala Dyrektor Szpitala, w wysokości nie wyższej niż:
 - 1) 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, poczynwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” - za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej,
 - 2) 0,00007 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 - za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej,
 - 3) 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 - za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.
3. Nie pobiera się opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie,
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - 3) Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w związku z prowadzonymi postępowaniami w sprawie świadczeń przewidzianych w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - 4) w związku z postępowaniem prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
4. Cena za kopię dokumentacji medycznej sporządzonej firmom ubezpieczeniowym w związku z innymi okolicznościami niż określono w ust. 3 pkt 3 określona jest zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora.
5. Cennik opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej określa załącznik Nr 1 do Regulaminu.

DZIAŁ B

Pion działalności Naczelnej Pielęgniarki

ROZDZIAŁ I

Zastępca Naczelnej Pielęgniarki

§ 1

Zastępca Naczelnej Pielęgniarki powołany został do współdziałania z Naczelną Pielęgniarką w procesie organizacji profesjonalnych świadczeń pielęgniarskich w USK Nr 4 w Lublinie m.in. poprzez:

- 1) ustalanie standardów opieki pielęgniarskiej,
- 2) inicjowanie prac związanych z ustalaniem metod pielęgnowania i właściwego prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej,
- 3) ocenę jakości opieki pielęgniarskiej,
- 4) nadzór nad praktycznym wdrażaniem zalecanych metod pielęgnowania i standardów.

§ 2

Zastępca Naczelnej Pielęgniarki jest współodpowiedzialny za organizację i właściwą realizację kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Oddziałach.

§ 3

1. Zastępca Naczelnej Pielęgniarki koordynuje pracę bezpośrednio podległego mu personelu tj. referentki Oddziałów.
2. Zastępca Naczelnej Pielęgniarki podlega służbowo i funkcjonalnie Naczelnej Pielęgniarence.
3. Zastępca Naczelnej Pielęgniarki przejmuje zadania i odpowiedzialność Naczelnej Pielęgniarki podczas jej nieobecności.

ROZDZIAŁ II

Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej

§ 4

Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej podlega Naczelnej Pielęgniarce USK Nr 4 w Lublinie.

§ 5

Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej realizuje zadania związane z umożliwieniem pacjentowi hospitalizowanemu w USK Nr 4 w Lublinie powrotu do jego normalnego środowiska, w sytuacji konieczności zapewnienia mu dalszej pomocy zdrowotnej lub socjalnej.

§ 6

W szczególności do obowiązków pielęgniarki koordynującej w zakresie organizacji opieki poszpitalnej należy:

- 1) badanie środowiska chorego,
- 2) zapoznanie rodziny chorego lub jego opiekunów z zasadami rekonwalescencji,
- 3) występowanie do zakładów opieki zdrowotnej w celu zapewnienia choremu dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 4) występowanie do odpowiednich instytucji w sprawach opieki socjalnej nad pacjentem, umieszczenie go w zakładzie pomocy społecznej bądź schronisku dla bezdomnych,
- 5) załatwienie formalności związanych z uzyskaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- 6) pomoc w zapewnieniu miejsca połogu samotnym matkom,
- 7) pomoc w zapewnieniu dzieciom pozostawionym w Szpitalu miejsc w domu małego dziecka.

§ 7

W zakresie swej działalności pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej współpracuje z lekarzami kierującymi Oddziałami, a także pielęgniarkami/położnymi oddziałowymi i działami administracyjnymi USK Nr 4 w Lublinie.

ROZDZIAŁ III

Dział Żywienia

§ 8

Dział Żywienia jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Naczelnej Pielęgniarce.

§ 9

1. Dział Żywienia jest powołany do realizacji zadań związanych z żywieniem pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 4 w Lublinie zgodnie z normami żywienia i nowoczesnej dietetyki, zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
2. Dział Żywienia odpowiada za:
 - 1) terminowe i higieniczne sporządzanie posiłków z surowców najwyższej jakości, zgodnie z zasadami HACCP i wymaganiami sanitarnymi;
 - 2) zaopatrzenie w artykuły spożywcze, tj.:
 - a) składanie zamówień na zakupy żywności u dostawców wybranych w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych oraz u dostawców wytypowanych zgodnie z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi regulującymi zamawianie dostaw o wartości, w zakresie której nie ma obowiązku stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - b) monitorowanie przebiegu dostaw i realizowanych umów,
 - c) realizacja zadań w zakresie gospodarki magazynowej, w tym m.in. przyjmowanie i przechowywanie artykułów spożywczych,
 - d) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

§ 10

Dział Żywienia prowadzi stołówkę pracowniczą i barek, w których wydawane są odpłatne posiłki, wyroby garmazeryjne, artykuły spożywcze - pracownikom oraz innym konsumentom.

§ 11

Dział Żywienia współpracuje z :

- 1) Pielęgniarkami Oddziałowymi w zakresie: elektronicznego przekazywania danych o ilości i jakości diet, niezbędnych dla pacjentów na danym oddziale,
- 2) Działem Zamówień Publicznych w zakresie: sporządzania specyfikacji do przetargów na artykuły spożywcze i sprzęt technologiczny niezbędny do pracy Działu, uczestnictwa w procedurach zakupu zgodnie z aktualną Ustawą Prawo Zamówień Publicznych, opiniowania ofert przetargowych,
- 3) Działem Logistyki Szpitala w zakresie: składania bieżących zamówień na artykuły gospodarcze i techniczne,
- 4) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie: sporządzania zestawień okresowych żywienia chorych, rozliczania przepływu gotówki i płatności on-line, rozliczania faktur sprzedaży, planowania i wykonania budżetu działu,
- 5) Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie: obsługi administracyjnej (prace drukarskie, realizacja zamówień na posiłki w ramach BHP, identyfikatory itp.), w

- zakresie ochrony środowiska, gospodarki materiałami z tworzyw sztucznych (naczynia jednorazowe, reklamówki), segregacji odpadów,
- 6) Działem Eksploatacyjnym, Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji w zakresie: usuwania drobnych awarii hydrauliczno- elektrycznych, konserwacji drobnego sprzętu, opiniowania wniosków o kasację sprzętu, uzgadniania terminów remontów, uzgadniania terminów badań wody pitnej w kuchni i kuchenkach oddziałowych,
 - 7) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie: prowadzenia ksiąg inwentarzowych, kasacji i inwentaryzacji,
 - 8) Działem Kadr i Płac w zakresie: zatrudniania pracowników, wynagrodzenia, szkoleń - BHP, ppoż., sanitarnych, szkoleń podnoszących kwalifikacje, badań okresowych, ewidencjonowania grafików pracy podległego personelu,
 - 9) Apteką w zakresie: wydawania środków dezynfekujących i materiałów opatrunkowych do apteczki, inwentaryzacji leków, nadzoru nad lekami,
 - 10) Działem Usług Niemedycznych w zakresie: prania i naprawy odzieży ochronnej,
 - 11) Działem Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego w zakresie: badań środowiska, wymazów mikrobiologicznych w kuchni, szkoleń sanitarnych,
 - 12) Działem Dietetyki w zakresie: wdrażania najnowszej wiedzy o żywieniu, tworzenia nowych zaleceń żywieniowych dla pacjentów (aktualizacja jadłospisów), współpracy dotyczącej połączenia żywienia klinicznego z tradycyjnym sposobem żywienia oraz leczeniem żywieniowym.

§ 12

1. Działem Żywienia kieruje Kierownik Działu.
2. Pozostały personel Działu Żywienia stanowią:
 - 1) Kierownik kuchni - Zastępca Kierownika Działu,
 - 2) Zastępca Kierownika Działu ds. Administracyjnych,
 - 3) Kierownik Magazynu Żywnościowego,
 - 4) starszy magazynier,
 - 5) magazynier,
 - 6) specjalista ds. żywienia,
 - 7) starszy inspektor ds. żywienia,
 - 8) inspektor ds. żywienia,
 - 9) starszy dietetyk,
 - 10) dietetyk,
 - 11) starszy mistrz kucharz,
 - 12) mistrz kucharz,
 - 13) kucharz,
 - 14) pomoc kuchenna,
 - 15) robotnik wykwalifikowany.

CZĘŚĆ IV

Pion działalności

Zastępcy Dyrektora

ds. Finansów i Rozwoju

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Działalnością finansową USK Nr 4 w Lublinie kieruje Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju przy pomocy Głównego Księgowego oraz kierowników podległych mu komórek organizacyjnych.

§ 2

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju nadzoruje i koordynuje pracę podległych mu komórek organizacyjnych.
2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju współdziała z kierownikami podległych mu komórek organizacyjnych w zakresie przestrzegania dyscypliny finansów publicznych.
3. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju organizuje i wdraża pożądany standard obsługi wsparcia w zakresie finansów USK Nr 4 w Lublinie.
4. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju określony został w Części I w Rozdziale III niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ II

Dział Kontrolingu i Analiz

§ 3

Dział Kontrolingu i Analiz jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.

§ 4

Do podstawowych zadań Działu Kontrolingu i Analiz należy:

- 1) w zakresie budżetowania i kontrolingu:
 - a) aktualizacja i weryfikacja metodologii budżetowania i instrukcji budżetowej,
 - b) nadzór nad systemem budżetowania,
 - c) koordynacja i kontrola procesu planowania,
 - d) opracowywanie planów budżetów dla poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - e) poszukiwanie, zbieranie i gromadzenie informacji dla potrzeb systemu budżetowania,
 - f) weryfikacja otrzymanych danych pod względem ich zgodności ze stanem faktycznym,
 - g) analiza wykonania planów budżetowych, w tym identyfikacja przyczyn odchyleń,
 - h) przygotowywanie raportów z przeprowadzonych analiz wraz z wnioskami,
 - i) przygotowywanie i dostarczanie informacji o stanie realizacji budżetów kierownikom komórek organizacyjnych zgodnie z instrukcją budżetową,
 - j) przygotowywanie analiz operacyjnych i raportowanie operacyjne,
 - k) udział w projektach w ramach odpowiedzialności działu,
 - l) przygotowywanie sprawozdań do Uniwersytetu Medycznego i innych podmiotów zgodnie z aktualnie obowiązującymi wzorami i rodzajami sprawozdań,
 - m) współpraca w ramach procesów kontroli z Uniwersytetem Medycznym i innymi podmiotami;
- 2) w zakresie rachunku kosztów:
 - a) rozwój i prowadzenie rachunku kosztów, aktualizacja, urealnianie kluczy podziałowych,
 - b) współpraca z Oddziałami i pozostałymi ośrodkami odpowiedzialności w zakresie identyfikacji kosztów, interpretacji wyników, ustalania cen,
 - c) analizy wskaźnikowe efektywności gospodarowania Oddziałów (rentowność, koszty osobodnia, średnie koszty leczenia, dynamika kosztów, struktura kosztów, dynamika wyników),
 - d) generowanie i dystrybucja comiesięcznych raportów,
 - e) wycena i weryfikacja wybranych procedur medycznych oraz kalkulacje kosztów wykonywanych usług (z wyłączeniem badań klinicznych),
 - f) analiza skutków finansowych zmian sposobów wynagradzania zespołów pracowniczych oraz innych działań planowanych do wdrożenia,
 - g) aktualizacja i weryfikacja cenników wewnętrznych wykorzystywanych w systemie rozliczeń wewnętrznych,
 - h) weryfikacja i aktualizacja OPK (ośrodków powstawania kosztów),
 - i) ustalanie wyników finansowych poszczególnych jednostek,

- j) współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) w zakresie przeprowadzanych analiz zarządczych:
 - a) koordynacja i przygotowywanie analiz ekonomicznych będących podstawą do informacji zarządczej,
 - b) terminowe zapewnienie kompleksowego raportowania zarządczego w zakresie efektywności i zasobów oraz przychodów i kosztów na potrzeby Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Rady Społecznej, Dyrekcji, Oddziałów i innych podmiotów,
 - c) rozwój systemu informacji zarządczej i narzędzi raportowania zarządczego.

§ 5

Dział Kontrolingu i Analiz współpracuje z:

- 1) Działem Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych w zakresie pozyskiwania informacji o zawartych kontraktach, warunkach i poziomie ich realizacji/rozliczenia z płatnikami przez poszczególne jednostki oraz w innych zakresach w odniesieniu do danych, których uzyskanie jest wymagane do realizowanych zadań,
- 2) Działem Rozliczeń Usług Medycznych w zakresie związanym z pozyskiwaniem danych dotyczących ilości planowanych świadczeń zdrowotnych oraz ich rozliczaniem oraz w innych zakresach umożliwiających realizowanie zadań działu,
- 3) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie pozyskiwania danych statystycznych i innych umożliwiających realizowane zadania,
- 4) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie pozyskiwania danych finansowo-księgowych i innych umożliwiających realizowane zadania,
- 5) komórkami organizacyjnymi działalności medycznej w zakresie związanym z analizą kosztów, przychodów, wyników finansowych oraz procesem budżetowania,
- 6) innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ich działalności celem pozyskania danych umożliwiających realizowane zadania.

§ 6

- 1. Działem Kontrolingu i Analiz kieruje Kierownik Działu, który odpowiada za organizację pracy, realizację zadań w ramach Działu oraz usprawnianie procesów w ramach odpowiedzialności Działu.
- 2. Pozostały personel Działu stanowią:
 - 1) starszy specjalista,
 - 2) specjalista,
 - 3) starszy inspektor,
 - 4) inspektor.

ROZDZIAŁ III

Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych

§ 7

1. Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.
2. Działem Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych kieruje Kierownik Działu.

§ 8

Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych realizuje zadania związane z przygotowywaniem ofert/aktualizacji do Narodowego Funduszu Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Oddziały, Poradnie, Zakłady USK Nr 4 w Lublinie, w szczególności dotyczące:

- 1) analizy komunikatów, innych przepisów dotyczących warunków kontraktowania danego rodzaju/zakresu świadczeń i przekazywania powyższych informacji do Kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala;
- 2) sporządzania ofert/aktualizacji do NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) zgłaszania na portalu SZOI zmian potencjału umowy z NFZ: personel, sprzęt, umowy podwykonawstwa;

§ 9

Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych realizuje również zadania związane z:

- 1) przeprowadzaniem konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które realizowane są w formie indywidualnych zleceń zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, w tym m.in. organizacją prac przygotowujących konkurs, realizacją czynności wynikających z podziału zadań wśród członków komisji konkursowych oraz przechowywaniem dokumentacji po zakończeniu konkursu;
- 2) przygotowywaniem umów (oraz ich zmian) o udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w formie indywidualnych zleceń zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - we współpracy z radcą prawnym i osobami merytorycznie odpowiedzialnymi za świadczenia zdrowotne:
 - a) na potrzeby pacjentów Szpitala;
 - b) na potrzeby i na zamówienie innych podmiotów w zakresie świadczeń udzielanych przez Szpital;
- 3) weryfikacją rozliczenia umów realizowanych przez zewnętrzny podmiot wykonujący działalność leczniczą z tytułu świadczeń zdrowotnych realizowanych w formie indywidualnych zleceń;
- 4) monitorowaniem terminów umów o świadczenia zdrowotne realizowane w formie indywidualnych zleceń oraz weryfikacją zgodności cen wskazanych w fakturach za udzielone świadczenia z regulacjami umownymi;
- 5) przeprowadzaniem konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które realizowane są w systemie codziennym (realizacja świadczeń w oparciu o ustalone comiesięczne harmonogramy) zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, w tym m.in. organizacją prac przygotowujących konkurs, realizacją czynności wynikających z podziału zadań wśród członków komisji konkursowych oraz przechowywanie dokumentacji po zakończeniu konkursu;

- 6) przygotowywaniem umów (oraz ich zmian) o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które realizowane są w systemie codziennym (w oparciu o ustalony miesięczny harmonogram) zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - we współpracy z radcą prawnym i osobami merytorycznie odpowiedzialnymi za świadczenia zdrowotne,
- 7) monitorowaniem terminów umów o świadczenia zdrowotne, które realizowane są w systemie codziennym (w oparciu o ustalony miesięczny harmonogram);
- 8) opracowywaniem i aktualizacją cenników wybranych procedur medycznych;
- 9) przygotowywaniem dokumentów umożliwiających wystawianie faktur dla pacjentów nieubezpieczonych;
- 10) wyliczaniem kosztów świadczeń planowanych do rozliczenia na podstawie indywidualnej zgody NFZ; weryfikacją spełnienia warunków progowych wniosku, składaniem do NFZ wniosków wymagających przekazywania kosztorysu;
- 11) prowadzeniem rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowaniem poziomu ich wykorzystania.

§ 10

Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych współpracuje z:

- 1) Działem Rozliczeń Usług Medycznych w zakresie związanym z opracowywaniem ofert i rozliczaniem kontraktów z NFZ oraz w innych zakresach w odniesieniu do danych, których uzyskanie jest wymagane do realizowanych zadań;
- 2) komórkami organizacyjnymi działalności medycznej w zakresie związanym z opracowywaniem ofert i rozliczaniem kontraktów z NFZ oraz w innych zakresach w odniesieniu do danych, których uzyskanie jest wymagane do realizowanych zadań;
- 3) Działem Kontrolingu i Analiz w zakresie związanym z pozyskiwaniem danych kosztowych niezbędnych dla określania cen wybranych świadczeń oraz w innych zakresach w odniesieniu do danych, których uzyskanie jest wymagane do realizowanych zadań;
- 4) Działem Kadr i Płac w zakresie aktualizacji potencjału umów z NFZ, ustalania kosztów pracy koniecznych przy indywidualnym rozliczeniu pacjentów oraz w zakresie wymiany informacji dotyczących kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala,
- 5) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji oraz Działem Aparatury Medycznej w zakresie sprzętu medycznego wykazywanego do NFZ,
- 6) innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie ich działalności z przypisanymi im kompetencjami.

§ 11

Personel Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych stanowią:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępca Kierownika,
- 3) starszy specjalista,
- 4) specjalista,
- 5) inspektor.

ROZDZIAŁ IV

Dział Rozliczeń Usług Medycznych

§ 12

1. Dział Rozliczeń Usług Medycznych jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.
2. Działem Rozliczeń Usług Medycznych kieruje Kierownik Działu.
3. W skład Działu Rozliczeń Usług Medycznych wchodzi sekcje podległe bezpośrednio Kierownikowi Działu:
 - 1) Sekcja Umów Kontraktowych,
 - 2) Sekcja Leczenia Szpitalnego,
 - 3) Sekcja Świadczeń Ambulatoryjnych.

§ 13

Do zadań Działu Rozliczeń Usług Medycznych należy:

- 1) sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń medycznych do NFZ:
 - a) weryfikacja poprawności wprowadzonych do sprawozdania świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ,
 - b) optymalizacja rozliczania świadczeń medycznych w ramach umów zawartych z NFZ,
 - c) poprawa oraz nadzór nad korektami świadczeń negatywnie zweryfikowanych przez NFZ,
 - d) fakturowanie świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ oraz sporządzenie rejestru sprzedaży,
 - e) składanie wniosków indywidualnych do NFZ niewymagających przekazywania kosztorysu zrealizowanych świadczeń,
 - f) składanie wniosków w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych przekazanych przez poszczególne oddziały/zakłady/poradnie;
- 2) monitoring realizacji świadczeń w ramach zawartych z NFZ umów:
 - a) sporządzanie zestawień szczegółowych z realizacji świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ na potrzeby poszczególnych oddziałów/zakładów/poradni,
 - b) sporządzanie zestawień/analiz zbiorczych na potrzeby Zarządu/Dyrekcji z realizacji świadczeń/planu finansowego w ramach umów z NFZ;
- 3) przygotowywanie innych materiałów i analiz w zakresie sprawozdawania i rozliczania świadczeń w ramach umów z NFZ:
 - a) sporządzanie analiz/zestawień/materiałów niezbędnych do negocjacji i renegocjacji zawartych z NFZ umów w tym wnioski o przesunięcia planu i nadwykonania,
 - b) wykonywanie sprawozdań do Uniwersytetu Medycznego w Lublinie dotyczących realizacji świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ,
 - c) sporządzanie analiz w zakresie zmian zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i innych regulacji prawnych dotyczących zasad sprawozdawania i rozliczania świadczeń zdrowotnych do NFZ,
- 4) aneksowanie umów zawartych z NFZ;
- 5) prowadzenie korespondencji z NFZ i innymi jednostkami w sprawach związanych ze sprawozdawaniem świadczeń medycznych w ramach umów zawartych z NFZ;

- 6) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

§ 14

Do podstawowych zadań **Sekcji Umów Kontraktowych** należy:

- 1) Weryfikacja specyfikacji zrealizowanych świadczeń w ramach umów kontraktowych z danymi zawartymi w systemie informatycznym szpitala oraz grafikami, pod kątem zgodności z zapisami umowy kontraktowej,
- 2) Weryfikacja faktury do umowy kontraktowej pod kątem zgodności kwoty ze specyfikacją zrealizowanych świadczeń i zapisami kontraktu,
- 3) Określenie stanowiska kosztów dla poszczególnych faktur złożonych na podstawie umów kontraktowych,
- 4) Sporządzenie wykazu opłat eksploatacyjnych z tytułu zawartych umów kontraktowych.

§ 15

Do podstawowych zadań **Sekcji Leczenia Szpitalnego** należy:

- 1) Wprowadzanie danych rozliczeniowych do systemu informatycznego,
- 2) Weryfikacja świadczeń pod kątem poprawności,
- 3) Nadzorowanie możliwości optymalnego rozliczania hospitalizacji,
- 4) Przygotowywanie dokumentów umożliwiających wystawianie faktur dla pacjentów nieubezpieczonych,
- 5) Analiza zmian zawartych w aktualnie obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących poprawnego sprawozdawania świadczeń (głównie Zarządzenia Prezesa NFZ).

§ 16

Do podstawowych zadań **Sekcji Świadczeń Ambulatoryjnych** należy:

- 1) wprowadzanie danych rozliczeniowych w ramach umów z NFZ do systemu informatycznego na podstawie uzupełnionych procedur ICD9 i rozpoznań ICD10,
- 2) nadzór nad poprawnością sprawozdawania świadczeń ambulatoryjnych do NFZ w ramach poradni,
- 3) analizy ekonomiczne i weryfikacje związane z optymalizacją sprawozdawczości świadczeń ambulatoryjnych do NFZ w poradniach,
- 4) przygotowywanie zestawień niezbędnych do naliczenia premii dla lekarzy udzielających świadczeń w poradniach,
- 5) nadzór nad prawidłowym sprawozdawaniem świadczeń do NFZ zrealizowanych w ramach i na zlecenie poradni.

§ 17

Dział Rozliczeń Usług Medycznych z sekcjami współpracuje z:

- 1) komórkami organizacyjnymi działalności medycznej w zakresie związanym z uzupełnianiem, optymalizacją i sprawozdawaniem świadczeń medycznych w ramach kontraktów z NFZ oraz w innych zakresach w odniesieniu do danych, których uzyskanie jest wymagane do realizowanych zadań,
- 2) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczania i weryfikacji faktur z tytułu realizacji umów kontraktowych,
- 3) Działem Kontrolingu i Analiz w zakresie związanym z pozyskiwaniem danych i analiz dotyczących sprawozdawczości i opłacalności świadczeń medycznych,

- 4) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie związanym z pozyskiwaniem danych o uprawnieniach pacjentów i przekazywaniem danych o realizacji świadczeń w ramach poradni,
- 5) Działem Kadr i Płac oraz Działem Finansowo-Księgowym w zakresie pozyskiwania danych do analiz oraz w zakresie rozliczenia umów kontraktowych,
- 6) Apteką w zakresie faktur dotyczących zamawianych leków,
- 7) Personelem medycznym w zakresie pozyskiwania informacji niezbędnych do rozliczania świadczeń oraz uzgadniania prawidłowego optymalnego rozliczania,
- 8) Statystykami kompletującymi dokumentację medyczną w zakresie pozyskiwania informacji niezbędnych do rozliczania świadczeń,
- 9) Innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie ich działalności z przypisanymi im kompetencjami,
- 10) Jednostkami zewnętrznymi, które zawarły umowę kontraktową na realizację świadczeń medycznych w zakresie rozliczenia przedmiotowej umowy.

§ 18

1. Skład osobowy Działu Rozliczeń Usług Medycznych stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) Zastępca Kierownika,
- 3) Koordynator ds. programów lekowych,
- 4) Starszy specjalista,
- 5) Specjalista,
- 6) Inspektor.

2. Skład osobowy Sekcji Umów Kontraktowych stanowią:

- 1) Starszy specjalista,
- 2) Specjalista
- 3) Inspektor.

3. Skład osobowy Sekcji Leczenia Szpitalnego stanowią:

- 1) Starszy koder medyczny,
- 2) Koder medyczny,
- 3) Młodszy koder medyczny.

4. Skład osobowy Sekcji Świadczeń Ambulatoryjnych stanowią:

- 1) Zastępca Kierownika,
- 2) Starszy koder medyczny,
- 3) Koder medyczny,
- 4) Młodszy koder medyczny.

ROZDZIAŁ V

Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych

§ 19

Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.

§ 20

Pracownicy Działu Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych wykonują zadania dla potrzeb realizacji projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych oraz innych projektów strategicznych i innowacyjnych mających wpływ na rozwój Szpitala.

§ 21

Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych tworzą specjaliści ds. projektów posiadający wieloletnie doświadczenie w realizacji i wdrażaniu projektów, w tym realizacji projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych lub inne osoby niezbędne do realizacji zadań.

§ 22

Do zadań Działu należy:

- I. W zakresie projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych:
 - 1) pozyskiwanie funduszy europejskich i innych środków zewnętrznych, w tym w szczególności:
 - a) bieżący monitoring dostępnych środków z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych możliwych do pozyskania na finansowanie inwestycji Szpitala, w tym: monitorowanie konkursów ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie programów inwestycji budowlanych oraz programów polityki zdrowotnej w odniesieniu do zakupów aparatury i sprzętu medycznego oraz przygotowywanie ofert konkursowych w zakresach odpowiadających działalności Szpitala,
 - b) przekazywanie aktualnych informacji Dyrektorowi Szpitala i zainteresowanym komórkom organizacyjnym Szpitala,
 - c) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie możliwości pozyskiwania środków zewnętrznych,
 - d) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie opracowywania informacji merytorycznych do wniosków aplikacyjnych, w tym założeń projektowych, harmonogramów rzeczowo-finansowych, kosztów inwestycji, planów finansowych, formularzy IOWISZ o wydanie opinii o celowości inwestycji, itd.,
 - e) współpraca z podmiotami zewnętrznymi (m.in. organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi itp.) w zakresie pozyskiwania i realizacji projektów partnerskich współfinansowanych ze środków zewnętrznych,
 - f) gromadzenie danych niezbędnych do właściwego opracowania dokumentacji aplikacyjnej,
 - g) monitoring i koordynacja działań zleconych zewnętrznym podmiotom w zakresie opracowywanych dokumentów aplikacyjnych,

- h) przygotowanie, kompletowanie i kierowanie dokumentacji aplikacyjnej do odpowiednich instytucji dotujących,
 - i) kontakty z instytucjami zaangażowanymi we wdrażanie funduszy z UE oraz z innych źródeł zewnętrznych,
- 2) rozliczanie i koordynacja projektów realizowanych przez Szpital, w tym w szczególności:
- a) prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych,
 - b) rozliczanie umów o dofinansowanie,
 - c) prowadzenie rozliczeń merytoryczno-finansowych z tytułu umów zawartych z MZ na realizację inwestycji i zakupów środków trwałych finansowanych ze środków budżetu państwa,
 - d) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji projektów współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych,
 - e) utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie,
 - f) bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów,
 - g) opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów,
 - h) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania,
 - i) działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami,
- 3) monitoring i kontrola projektów, w tym w szczególności:
- a) monitorowanie i kontrola zgodności realizacji przedsięwzięć współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych z zawartymi umowami i obowiązującym prawem,
 - b) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia,
 - c) monitorowanie projektów w okresie ich trwałości,
 - d) przygotowywanie sprawozdań do instytucji finansujących,
 - e) współpraca z użytkownikami projektów,
 - f) gromadzenie danych o zrealizowanych projektach,
 - g) archiwizacja projektów zgodnie z wytycznymi UE,
 - h) przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.
- II. W zakresie innych projektów strategicznych i innowacyjnych mających wpływ na rozwój Szpitala:
- 1) udział w tworzeniu portfela kluczowych projektów i inicjatyw,
 - 2) nadzór nad prawidłowością i terminowością wykonywania zadań na każdym etapie realizacji oraz przestrzeganie ustalonych procedur wewnętrznych,
 - 3) identyfikacja problemów powstałych w trakcie realizacji zadań oraz formułowanie propozycji ich rozwiązania,
 - 4) współpraca z zaangażowanymi jednostkami wewnętrznymi i zewnętrznymi w zakresie zadań związanych z realizacją przydzielonych zadań o kluczowym znaczeniu dla Szpitala,

- 5) współudział w opracowaniu procesów wynikających z prowadzonych projektów i inicjatyw,
- 6) proponowanie działań wspomagających i usprawniających procesy.

§ 23

Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych kieruje Kierownik, który organizuje pracę Działu, przydzielając pracownikom konkretne zadania do wykonywania oraz nadzoruje terminowość i jakość ich wykonania.

§ 24

Personel Działu Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) Zastępcę Kierownika,
- 3) główny specjalista,
- 4) starszy specjalista,
- 5) specjalista.

ROZDZIAŁ VI

Dział Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa

§ 25

Dział Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa jest komórką organizacyjną podległą Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.

§ 26

1. Dział Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa jest powołany do realizacji przedsięwzięć związanych z rozwojem i zastosowaniem technologii informatycznych w działalności Szpitala.
2. Do głównych celów działania Działu należy:
 - 1) wyznaczanie strategii oraz jej realizacja w zakresie stosowanych rozwiązań infrastruktury i systemów teleinformatycznych,
 - 2) zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej dostępności do gromadzonych danych w systemach informatycznych poprzez stosowane rozwiązania programowe i sprzętowe,
 - 3) rozwój i implementacja rozwiązań informatycznych w procesach biznesowych Szpitala.

§ 27

Do zadań Działu Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa należy w szczególności:

- 1) sporządzanie planów zakupów i usług realizowanych przez Dział,
- 2) przygotowywanie dokumentacji oraz prowadzenie rejestru zamówień publicznych w zakresie zadań Działu,
- 3) udział w projektach technicznych realizowanych w zakresie teleinformatyki,
- 4) administrowanie dostępem do usług telefonii mobilnej i stacjonarnej,
- 5) administrowanie serwerami Szpitala obejmującymi serwisy: www, poczta elektroniczna, Active Directory, PKI, RIS/PACS,
- 6) administrowanie systemami baz danych, systemami transmisji obrazu z sal operacyjnych, systemem monitorowania temperatury w lodówkach,
- 7) administrowanie sprzętem wchodzącym w skład infrastruktury wirtualizacyjnej,
- 8) administrowanie systemami realizującymi tworzenie kopii zapasowych użytkowanych przez Szpital systemów informatycznych,
- 9) administrowanie oraz rozbudowa infrastruktury sieciowej w punkcie styku z Internetem,
- 10) administrowanie oraz rozbudowa kontroli dostępu do obiektów będących własnością Szpitala,
- 11) prowadzenie dokumentacji technicznej systemów informatycznych będących w kompetencjach Działu,
- 12) realizacja zgłoszeń w ramach II linii wsparcia dla administrowanych systemów,
- 13) przekazywanie kompetencji w ramach utrzymania do I linii wsparcia w ramach szkoleń wewnętrznych i bazy wiedzy,
- 14) prowadzenie dokumentacji incydentów w ramach rozwiązywanych zgłoszeń,
- 15) analiza potrzeb biznesowych i przygotowywanie propozycji rozwiązań IT,

- 16) opiniowanie potencjalnych nowych rozwiązań i wdrożeń po kątem posiadanych zasobów teleinformatycznych,
- 17) prowadzenie analiz przedwdrożeniowych (zbieranie i doprecyzowywanie wymagań biznesowych i infrastrukturalnych) w ramach rozbudowy systemów będących w kompetencjach Działu,
- 18) współpraca z Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych w zakresie pozyskiwania funduszy zewnętrznych,
- 19) gospodarka sprzętem teleinformatycznym i współpraca z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji,
- 20) administrowanie infrastrukturą sieciową, serwerową, sprzętem teleinformatycznym, a także wdrażanie nowych rozwiązań systemowych i modernizacja istniejącej infrastruktury,
- 21) zarządzanie serwerami fizycznymi i wirtualnymi,
- 22) administracja systemami operacyjnymi serwerów fizycznych i wirtualnych,
- 23) zarządzanie oprogramowaniem serwerowym,
- 24) monitorowanie dostępności i wydajności infrastruktury,
- 25) nadawanie uprawnień i nadzór w systemach kontroli dostępu,
- 26) kontrola dostępu do systemów i zasobów krytycznych,
- 27) zarządzanie i nadzór nad dokumentacją techniczną infrastruktury teleinformatycznej,
- 28) zarządzanie systemami telekomunikacyjnymi (telefonia stacjonarna, centrala telefoniczna, telefonnia komórkowa),
- 29) tworzenie i egzekwowanie procedur reagowania na incydenty cyberbezpieczeństwa,
- 30) audyt i kontrola zgodności z polityką bezpieczeństwa informacji w zakresie dostępu do sieci i systemów informatycznych,
- 31) testowanie procedur bezpieczeństwa,
- 32) nadzór nad dostępem do sieci oraz zapobieganie użyciu nieautoryzowanych urządzeń,
- 33) wdrażanie środków technicznych i organizacyjnych minimalizujących ryzyko cyberataków,
- 34) edukacja oraz wspieranie pracowników Szpitala w zakresie cyberhigieny i bezpiecznego korzystania z systemów,
- 35) wsparcie dla innych działów w zakresie cyberbezpieczeństwa,
- 36) zapewnienie ciągłości działania systemów informatycznych i telekomunikacyjnych Szpitala,
- 37) zarządzanie i nadzór nad dokumentacją techniczną w zakresie administrowanych systemów informatycznych.

§ 28

Dział Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie spraw związanych z wykorzystaniem i rozwojem systemów informatycznych podlegających Działowi, a w szczególności z:

- 1) Działem Zamówień Publicznych w zakresie zakupów nowych rozwiązań systemowych oraz rozwoju infrastruktury,
- 2) Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji w zakresie realizacji projektów remontowych,
- 3) Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi oraz Działem Wsparcia Informatycznego w zakresie utrzymania i rozwoju systemów informatycznych Szpitala,

- 4) Inspektorem Ochrony Danych w zakresie utrzymania i rozwoju systemów zabezpieczeń.

§ 29

Za prawidłowe funkcjonowanie Działu odpowiada jego Kierownik, który organizuje pracę pracowników przydzielając im konkretne zadania do wykonywania oraz nadzoruje terminowość i jakość ich wykonania.

§ 30

Stanowiska w Dziale Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępca Kierownika Działu,
- 3) starszy informatyk,
- 4) informatyk,
- 5) inspektor,
- 6) starszy inspektor.

ROZDZIAŁ VII

Dział Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi

§ 31

Dział Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi jest komórką organizacyjną podległą Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.

§ 32

1. Dział Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi został powołany do realizacji przedsięwzięć związanych z wdrażaniem i rozwojem systemów informatycznych oraz administracją tych systemów w działalności jednostki.
2. Do głównych celów działania Działu Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi należy:
 - 1) wyznaczanie strategii oraz jej realizacja w zakresie stosowanych rozwiązań infrastruktury i systemów teleinformatycznych,
 - 2) wdrażanie nowych rozwiązań informatycznych zgodnie z potrzebami jednostki,
 - 3) administrowanie systemami informatycznymi, monitorowanie dostępności i stabilności,
 - 4) wspieranie użytkowników w korzystaniu z wdrożonych systemów,
 - 5) utrzymanie wysokich standardów bezpieczeństwa danych oraz ciągłości działania,
 - 6) stała optymalizacja stosowanych rozwiązań IT.

§ 33

Do zadań Działu Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi należy w szczególności:

- 1) analiza potrzeb biznesowych i technologicznych w jednostce,
- 2) planowanie, wdrażanie i aktualizacja administrowanych systemów informatycznych,
- 3) zarządzanie projektami wdrożeniowymi IT, w tym planowanie, koordynacja, realizacja i nadzór nad harmonogramem,
- 4) raportowanie Dyrekcji postępów projektów wdrożeniowych,
- 5) organizacja i prowadzenie zespołów projektowych oraz współpraca z innymi działami i wykonawcami zewnętrznymi w ramach realizowanych projektów,
- 6) identyfikowanie ryzyk projektowych oraz podejmowanie działań minimalizujących potencjalne zagrożenia dla realizacji celów projektowych,
- 7) zapewnienie zgodności realizowanych projektów z regulacjami wewnętrznymi, wymaganiami prawnymi i standardami branżowymi,
- 8) tworzenie dokumentacji projektowej (np. plany, harmonogramy, raporty, protokoły odbioru, analizy powdrożeniowe),
- 9) przygotowywanie dokumentacji wdrożeniowej i instrukcji użytkownika,

- 10) administrowanie dostępem użytkowników do systemów zgodnie z polityką bezpieczeństwa,
- 11) szkolenie użytkowników oraz wsparcie techniczne (II linia wsparcia),
- 12) przekazywanie kompetencji do I linii wsparcia oraz prowadzenie bazy wiedzy,
- 13) współpraca z innymi działami oraz z firmami zewnętrznymi w zakresie wdrożeń, integracji i serwisu systemów IT,
- 14) audyt oraz testowanie wdrożonych rozwiązań,
- 15) opiniowanie i rekomendowanie nowych systemów oraz ich aktualizacji,
- 16) przygotowywanie dokumentacji oraz prowadzenie rejestru zamówień publicznych w zakresie zadań Działu.

§ 34

Dział Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi współpracuje ze wszystkimi komórkami w zakresie spraw związanych z wdrażaniem i utrzymaniem systemów IT, a w szczególności z:

- 1) Działem Zamówień Publicznych – w zakresie zakupów rozwiązań i usług IT,
- 2) Działem Wsparcia Informatycznego – przy obsłudze zgłoszeń użytkowników w ramach II linii wsparcia,
- 3) Inspektorem Ochrony Danych – w zakresie bezpieczeństwa danych i zgodności z regulacjami,
- 4) Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa – w zakresie wdrażania, utrzymania, integracji i zapewnienia bezpieczeństwa systemów informatycznych oraz infrastruktury IT jednostki,
- 5) Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych – w zakresie współpracy przy pozyskiwaniu funduszy zewnętrznych.

§ 35

1. Za prawidłowe funkcjonowanie Działu Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi odpowiada Kierownik Działu, który organizuje pracę, przydziela zadania oraz nadzoruje ich realizację.
2. Stanowiska w Dziale Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi:
 - 1) Kierownik Działu,
 - 2) starszy informatyk,
 - 3) technik informatyk,
 - 4) informatyk.

ROZDZIAŁ VIII

Dział Wsparcia Informatycznego

§ 36

Dział Wsparcia Informatycznego jest komórką organizacyjną podległą Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.

§ 37

1. Dział Wsparcia Informatycznego został powołany do świadczenia pomocy pracownikom USK Nr 4 w Lublinie w zakresie korzystania ze sprzętu komputerowego oraz podstawowej pomocy w zakresie obsługi systemów dziedzinowych wykorzystywanych w Szpitalu.
2. Do głównych celów działania Działu Wsparcia Informatycznego należy:
 - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń serwisowych od pracowników Szpitala,
 - 2) rozwiązywanie zgłoszeń serwisowych w zakresie kompetencji Działu,
 - 3) przekazywanie zgłoszeń wykraczających poza kompetencje Działu do Działu Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi oraz Działu Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa w zależności od kompetencji tych działów,
 - 4) zarządzanie komputerami oraz urządzeniami drukującymi będącymi własnością Szpitala,
 - 5) zarządzanie oprogramowaniem instalowanym na komputerach.

§ 38

Do zadań Działu Wsparcia Informatycznego należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie i rejestrowanie zgłoszeń od użytkowników,
- 2) diagnozowanie problemów - I linia wsparcia,
- 3) realizowanie zgłoszeń z zachowaniem SLA i monitorowanie czasów ich realizacji,
- 4) wsparcie użytkowników (zdalne lub bezpośrednie) w zakresie wykorzystywanych przez Szpital rozwiązań informatycznych,
- 5) zgłaszanie problemów wykraczających poza kompetencje Działu do II linii wsparcia lub serwisu zewnętrznego,
- 6) prowadzenie dokumentacji incydentów w ramach rozwiązywanych zgłoszeń,
- 7) zakładanie kont użytkowników we wspieranych systemach informatycznych,
- 8) administracja, czyli nadawanie i odbieranie uprawnień użytkownikom we wspieranych systemach informatycznych,
- 9) zarządzanie uprawnieniami w ramach wspieranych systemów informatycznych,
- 10) prowadzenie centralnego rejestru licencji: numery licencji, klucze/subskrypcje, właściciele, przypisania, daty ważności, prawa do aktualizacji, ograniczenia,
- 11) prowadzenie centralnego rejestru aplikacji,
- 12) prowadzenie rejestru użytkowników i dostępu do aplikacji (w tym aplikacji zewnętrznych),
- 13) określenie SLA dla poszczególnych kategorii zgłoszeń,
- 14) badanie stopnia satysfakcji użytkownika z realizacji zgłoszenia,
- 15) rozeznanie rynku poprzedzające proces zakupowy,
- 16) przygotowanie opisu przedmiotu zamówienia w zakresie zadań Działu,
- 17) współpraca z Działem Zamówień Publicznych na etapie postępowania zakupowego,

- 18) gospodarka sprzętem komputerowym i współpraca z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji,
- 19) zarządzanie stacjami roboczymi i urządzeniami peryferyjnymi,
- 20) zarządzanie oprogramowaniem wykorzystywanym na stacjach roboczych,
- 21) kontrola dostępu do systemów i zasobów krytycznych,
- 22) przygotowanie instrukcji użytkownika,
- 23) współpraca w zakresie wprowadzania standardów ochrony administrowanych systemów informatycznych z Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa,
- 24) nadzór nad realizacją umów IT będących pod nadzorem działu, zapewnienie ich ciągłości oraz koordynacja współpracy z dostawcami sprzętu i usług IT,
- 25) zapewnienie ciągłości działania systemów informatycznych i telekomunikacyjnych Szpitala w zakresie kompetencji Działu,
- 26) zarządzanie i nadzór nad dokumentacją techniczną w zakresie administrowanych systemów informatycznych.

§ 39

Dział Wsparcia Informatycznego współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie spraw związanych z wykorzystaniem i rozwojem systemów informatycznych i sprzętu komputerowego podlegającego Działowi, a w szczególności z:

- 1) Działem Zamówień Publicznych w zakresie zakupów nowych rozwiązań systemowych oraz rozwoju infrastruktury,
- 2) Działem Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi oraz Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa w zakresie utrzymania i rozwoju systemów informatycznych Szpitala,
- 3) Inspektorem Ochrony Danych w zakresie utrzymania i rozwoju systemów zabezpieczeń.

§ 40

Za prawidłowe funkcjonowanie Działu Wsparcia Informatycznego odpowiada jego Kierownik, który organizuje pracę pracowników przydzielając im konkretne zadania do wykonywania oraz nadzoruje terminowość i jakość ich wykonania.

§ 41

Stanowiska w Dziale Wsparcia Informatycznego:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) starszy informatyk,
- 3) informatyk,
- 4) inspektor,
- 5) starszy inspektor.

CZĘŚĆ V

Pion działalności

Zastępcy Dyrektora

ds. Infrastruktury i Inwestycji

ROZDZIAŁ I

Postanowienia Ogólne

§ 1

Komórki działalności technicznej i obsługi USK Nr 4 w Lublinie odpowiadają za zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania USK Nr 4 w Lublinie w szczególności poprzez:

- 1) zabezpieczenie stałego dopływu wody, gazu, energii elektrycznej, pary oraz odpowiedniej temperatury pomieszczeń,
- 2) organizowanie okresowych przeglądów budynków, urządzeń, instalacji, aparatury, w celu oceny ich stanu technicznego oraz właściwej konserwacji,
- 3) dokonywanie niezbędnych ekspertyz i analiz stanu urządzeń i instalacji technicznych,
- 4) usuwanie awarii, dokonywanie niezbędnych napraw instalacji, urządzeń, aparatury we własnym zakresie lub w drodze zleceń zewnętrznych,
- 5) przygotowanie i realizację robót budowlanych, łącznie z czynnościami nadzoru inwestorskiego zgodnie z przepisami ustawy – Prawo budowlane.

§ 2

1. Za prawidłową działalność pionu technicznego i obsługi odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.
2. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji określony został w Części I w Rozdziale III niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ II

Dział Eksploatacyjny

§ 3

Dział Eksploatacyjny stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

§ 4

Odpowiedzialność za organizację pracy oraz realizację zadań powierzonych Działowi ponosi Kierownik Działu.

§ 5

W skład Działu Eksploatacyjnego wchodzi sekcje:

- 1) Sekcja Gospodarki Ciepłej
- 2) Sekcja Remontowo-Budowlana
- 3) Sekcja Elektryczna
- 4) Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji.

§ 6

Pracą poszczególnych sekcji kierują Zastępcy Kierownika podlegli bezpośrednio Kierownikowi:

- 1) Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Gospodarki Ciepłej,
- 2) Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Remontowo- Budowlana,
- 3) Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Elektryczna,
- 4) Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji.

1. Sekcja Gospodarki Ciepłej

§ 7

1. Sekcja Gospodarki Ciepłej stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej w Dziale Eksploatacyjnym USK Nr 4 w Lublinie, podległą bezpośrednio Kierownikowi Działu Eksploatacyjnego.
2. Ciepłownią kieruje i ponosi odpowiedzialność za jej funkcjonowanie Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Gospodarki Ciepłej.

§ 8

1. Zadaniem Sekcji Gospodarki Ciepłej jest produkcja pary technologicznej i przesyłanie energii ciepłej do pomieszczeń USK Nr 4 w Lublinie oraz Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego.
2. Para technologiczna oraz energia cieplna dla odbiorców spoza USK Nr 4 w Lublinie odbywa się na zasadzie odpłatności, w oparciu o zawarte umowy cywilnoprawne.

§ 9

Urządzenia Ciepłowni podlegają pod stały dozór techniczny.

§ 10

W skład Sekcji Gospodarki Ciepłej wchodzi:

- 1) centralna wymiennikownia ciepła,
- 2) zmiękczalnia wody do kotłów.

§ 11

1. Ciepłownia pracuje w ruchu ciągłym, tryzmianowym.
2. Dyżurna obsługa kotła prowadzi książkę ruchu, w której przekazuje się informacje o stanie technicznym urządzeń.

§ 12

Sekcja Gospodarki Ciepłej ściśle współpracuje z Sekcją Hydrauliczną, CO, Wentylacji i Klimatyzacji oraz Sekcją Elektryczną w zakresie uzgodnień dotyczących dostarczanego nośnika ciepła na cel ogrzewania obiektów szpitalnych.

§ 13

Personel Sekcji Gospodarki Ciepłej stanowią:

- 1) Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Gospodarki Ciepłej,
- 2) operator kotłów wysokoprężnych,
- 3) konserwator AkPiA,
- 4) laborant uzdatniania wody,
- 5) konserwator urządzeń ciepłowniczych,
- 6) pracownik gospodarczy.

2. Sekcja Remontowo-Budowlana

§ 14

Sekcja Remontowo-Budowlana stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej w Dziale Eksploatacyjnym USK Nr 4 w Lublinie, podległą bezpośrednio Kierownikowi Działu Eksploatacyjnego.

§ 15

Odpowiedzialność za organizację pracy oraz realizację zadań powierzonych Sekcji ponosi Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Remontowo-Budowlana.

§ 16

1. W skład Sekcji Remontowo-Budowlanej, wchodzi warsztaty:
 - 1) ślusarski,
 - 2) murarski
 - 3) malarski.
2. Bezpośrednim przełożonym sekcji jest Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Remontowo-Budowlana.
3. Pracą warsztatów kierują pracownicy, wyznaczeni przez Zastępcę Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Remontowo-Budowlana.

§ 17

Warsztat ślusarki odpowiedzialny jest za utrzymanie należytego stanu technicznego wyposażenia szpitalnego w zakresie prac ślusarskich, tj.:

- 1) kuchnia ogólna: urządzenia mechaniczne i pozostałe wyposażenie,
- 2) remonty i konserwacja zamków,
- 3) naprawa szpitalnych łóżek, siedzisk, szafek, wózków, mocowanie drobnego sprzętu.

§ 18

Zadaniem warsztatu murarskiego jest utrzymanie należytego stanu technicznego:

- 1) wszystkich pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych w szpitalu,
- 2) ścian i tynków,
- 3) okładzin ściennych i podłogowych,
- 4) izolacji przeciwwodnych, ciepłych, akustycznych i posadzek,
- 5) chodników, schodów, placów.

§ 19

Zadaniem warsztatu malarskiego jest utrzymanie należytego stanu technicznego:

- 1) wszystkich pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych w szpitalu,
- 2) gładzi i malatur ścian i sufitów,
- 3) wyposażenia szpitalnego tj.: łóżka, szafki, stoliki, wózki, krzesła, stoły, fotele, drobny sprzęt, itp.

§ 20

1. Sekcją Remontowo-Budowlaną kieruje Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Remontowo-Budowlana.
2. Pozostałe stanowiska w Sekcji:
 - 1) mistrz malarski,
 - 2) ślusarz,
 - 3) murarz,
 - 4) malarz.

3. Sekcja Elektryczna

§ 21

Sekcja Elektryczna stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej w Dziale Eksploatacyjnym USK Nr 4 w Lublinie, podległą bezpośrednio Kierownikowi Działu Eksploatacyjnego.

§ 22

1. Obowiązkiem Sekcji Elektrycznej jest prowadzenie konserwacji urządzeń i instalacji elektrycznych, biorących udział w dostarczaniu energii elektrycznej z Zakładu Energetycznego. Dotyczy to szczególnie rozdzielnic średniego i niskiego napięcia oraz podrozdzielnicy w poszczególnych blokach, w obiektach USK Nr 4 w Lublinie.
2. Sekcja Elektryczna odpowiedzialna jest za prowadzenie konserwacji n/w urządzeń i instalacji:
 - 1) urządzeń i instalacji sygnalizacyjnej,

- 2) instalacji siłowej, oświetleniowej,
 - 3) instalacji odgromowej, uziemiającej oraz ochronnej,
 - 4) instalacji i urządzeń zapasowego zasilania w energię elektryczną, tj. agregaty prądotwórcze, akumulatorownie, UPS-y,
 - 5) urządzeń dźwigowych,
 - 6) naprawy i konserwacje sprzętu elektrotechnicznego będącego na stanie inwentarzowym Szpitala,
 - 7) remonty i konserwacje wszystkich lamp operacyjnych na terenie USK Nr 4 w Lublinie,
 - 8) instalacje i urządzenia ewakuacyjnego oświetlenia.
3. W/w urządzenia i instalacje podlegają eksploatacji i konserwacji zgodnie z przepisami bhp, instrukcjami energetycznymi oraz przepisami obowiązującymi w tym zakresie.

§ 23

Sekcja Elektryczna odpowiedzialna jest za skuteczność oświetlenia wewnątrz obiektów szpitalnych oraz terenu w obrębie Szpitala. Zapewnia awaryjne oświetlenie pomieszczeń, a w szczególności oświetlenie dróg ewakuacyjnych.

§ 24

Sekcją Elektryczną kieruje Z-ca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Elektryczna, który podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Eksploatacyjnego.

§ 25

Do obowiązków pracowników Sekcji Elektrycznej należy:

- 1) konserwacja i remont instalacji elektrycznej oraz tablic bezpiecznikowych na powierzonym odcinku pracy,
- 2) usuwanie na bieżąco zauważonych usterek i rozliczanie zużytych materiałów,
- 3) wykonywanie prac awaryjnych zleconych przez dyspozytora Działu Technicznego, niezależnie od przydziału odcinka pracy wyszczególnionej w zakresie obowiązków,
- 4) dokonywanie konserwacji i drobnych napraw 3 agregatów prądotwórczych,
- 5) konserwacje baterii akumulatorowej 24V i 230V,
- 6) utrzymywanie agregatów prądotwórczych w ciągłej gotowości do pracy,
- 7) dokonywanie badań i pomiarów akumulatorów oraz prowadzenie ewidencji tych pomiarów, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Przepisach Eksploatacji Urządzeń Elektroenergetycznych,
- 8) prowadzenie gospodarki paliwami i smarami pobranymi do celów eksploatacji agregatów prądotwórczych,
- 9) konserwacja i napraw sprzętu elektrotechnicznego będącego na stanie inwentarzowym Szpitala,
- 10) terminowe dokonywanie napraw sprzętu i zawiadamianie użytkowników celem oddania go po naprawie,
- 11) prowadzenie ewidencji sprzętu oddanego do naprawy w punktach usługowych w mieście, w wypadku niemożności naprawy własnej.
- 12) konserwacja i naprawa urządzeń i sprzętu teletechnicznego, sygnalizacji sygnalizacyjnej, instalacji przeciwpożarowej, a w szczególności:
 - a) łącz oraz osprzętu urządzeń przyzywowo-wywoławczych,
 - b) obwodów oraz central p. poż.,
- 13) konserwacja i remonty zasilaczy lamp operacyjnych na terenie USK Nr 4 w Lublinie,
- 14) dbałość o prawidłowe działanie bram i drzwi automatycznych znajdujących się na

terenie Szpitala.

§ 26

Wykaz stanowisk w Sekcji Elektrycznej:

- 1) Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Elektryczna,
- 2) konserwator elektryk,
- 3) konserwator elektryk agregatów prądotwórczych, akumulatorowni, UPS-ów oświetlenia ewakuacyjnego, sprzętu AGD,
- 4) konserwator - dyspozytor,
- 5) dyspozytor.

4. Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji

§ 27

Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej w Dziale Eksploatacyjnym USK Nr 4 w Lublinie, podległą bezpośrednio Kierownikowi Działu Eksploatacyjnego.

§ 28

Odpowiedzialność za organizację pracy oraz realizację zadań powierzonych Sekcji ponosi Z-ca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji.

§ 29

W skład Sekcji wchodzi warsztaty:

- 1) konserwacji instalacji wodociągowo-kanalizacyjnej,
- 2) konserwacji urządzeń technologicznych i ciepłych,
- 3) konserwacji urządzeń klimatyzacyjnych i wentylacji,
- 4) konserwacji urządzeń i instalacji gazów medycznych,
- 5) konserwacji urządzeń i instalacji stacji uzdatniania wody basenowej,
- 6) ujęcie wód podziemnych (infrastruktura, obsługa).

§ 30

Warsztat konserwacji instalacji wodociągowych i kanalizacyjnych odpowiedzialny jest za utrzymywanie należytego stanu technicznego oraz stałej sprawności instalacji i urządzeń wodno-kanalizacyjnych w obiektach Szpitala, w szczególności zaś instalacji wodociągowej, należyte funkcjonowanie przyborów sanitarnych (sedesy, płuczki, umywalki, zawory, baterie, itp.), utrzymywanie należytego stanu zasuw i hydrantów instalacji p. poż. oraz zewnętrznej sieci kanalizacyjnej i wodociągowej.

§ 31

Zadaniem warsztatu konserwacji urządzeń technologicznych i ciepłych jest utrzymywanie stałej sprawności instalacji jw. ze szczególnym uwzględnieniem:

- 1) instalacji parowej i kondensatu oraz odprowadzenia skroplin (odwadniacze pary, reduktory, zawory, urządzenia zabezpieczające przed wzrostem ciśnienia) oraz przepompownie kondensatu,
- 2) instalacje i węzły ciepłne wymiennikowe: budynku głównego, budynku Neurochirurgii i Rehabilitacji (A,B,C), budynku Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, budynku Poradni Specjalistycznych i POZ, budynku Bloku Operacyjnego, budynku PET. Węzły wysokoparametrowe: tlenowni, sprężarkowni medycznej, sprężarkowni technicznej, stolarni, hydroforowni,
- 3) sieci ciepłne i odbiorniki (filtry, magnetoodmulacze, zawory, pompy, urządzenia pomiarowe i kontrolne),
- 4) urządzenia basenów rehabilitacyjnych służące przygotowaniu i dezynfekcji wody,
- 5) węzłów ciepła technologicznego w systemach klimatyzacyjnych oraz nawilzaczy tych systemów,
- 6) urządzeń przygotowania ciepłej wody użytkowej budynku głównego, budynku Neurochirurgii i Rehabilitacji (A,B,C), budynku Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, budynku Poradni Specjalistycznych i POZ, budynku Bloku Operacyjnego, budynku PET.

§ 32

1. Zadaniem warsztatu konserwacji urządzeń klimatyzacji i wentylacji jest utrzymanie należytego stanu technicznego central klimatyzacyjnych, wentylatorów, klimatyzatorów ściennych, agregatów wody lodowej oraz instalacji zainstalowanych w budynkach USK Nr 4 w Lublinie ze szczególnym uwzględnieniem czystości filtrów, naciągu pasków wentylatorów, stanu łożysk ślizgowych i tocznych, sprawności zaworów nagrzewnic, przepustnic, urządzeń kratek nawiewnych i wyciągowych.
2. Do obowiązków obsługi należy utrzymywanie należytego stanu sanitarnego czerpni i urządzeń do przygotowywania powietrza nawiewanego oraz prowadzenie dokumentacji technicznej obsługi urządzeń.

§ 33

1. W skład warsztatu konserwacji urządzeń i instalacji gazów medycznych wchodzi:
 - 1) tlenownia ze zgazowywaczami ciekłego tlenu i rozprężalnią tlenu z butli,
 - 2) rozprężalnia podtlenu azotu,
 - 3) sprężarkownie powietrza medycznego,
 - 4) sprężarkownia powietrza technicznego,
 - 5) stacje centralnej próżni,
 - 6) rozprężania dwutlenku węgla,
 - 7) instalacje gazów medycznych.
2. Zadaniem warsztatu konserwacji urządzeń i instalacji gazów medycznych jest utrzymanie sprawności technicznej urządzeń i instalacji oraz dbałość o przestrzeganie harmonogramu dostaw mediów (tlen, podtlenek azotu).
3. Szczególnemu nadzorowi podlega utrzymanie należytego stanu technicznego sprężarek, filtrów, parownic, urządzeń osuszających i odwadniających instalacje, jak również utrzymywanie w pełnej sprawności rozprężalni awaryjnych, prowadzenie dokumentacji eksploatacyjno-remontowej i dozorowej urządzeń oraz czuwanie nad sprawnością punktów poboru gazów medycznych, szczelnością i drożnością instalacji.

§ 34

1. Zadaniem warsztatu konserwacji urządzeń i instalacji stacji uzdatniania wody basenowej jest utrzymanie należytego stanu technicznego urządzeń obsługujących baseny znajdujące się w budynkach USK Nr 4 w Lublinie ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania należytych parametrów jakości wody basenowej.
2. Szczególnemu nadzorowi podlega utrzymanie należytego stanu instalacji dozujących chemię basenową ze szczególnym naciskiem na kontrolę poziomu czynników chemicznych w wodzie basenowej, kontrola temperatury i odpowiedniego poziomu wody w basenach, utrzymywanie w stałym nadzorze i konserwacji instalacji solarnych

§ 35

1. Ujęcie wód podziemnych służy podstawowemu zabezpieczeniu potrzeb obiektów szpitala w zakresie zaopatrzenia w wodę.
2. W skład ujęcia wchodzi:
 - 1) dwie studnie głębinowe z podwodnymi agregatami,
 - 2) hydroforownia wyposażona w 2 zbiorniki wody zapasowej poj. 400m³ każdy, zestaw hydroforowy, stacja uzdatniania wody,

- 3) chlorownia do uzdatniania wody.
3. Zadaniem obsługi jest utrzymanie w należytych stanie technicznym urządzeń, stanu sanitarnego ujęcia oraz prowadzenie dokumentacji eksploatacyjnej i dozоровej jak również książki kontroli sanitarnej.

§ 36

1. Sekcją Hydrauliczną, CO, Wentylacji i Klimatyzacji kieruje Zastępca Kierownika Działu Eksploatacyjnego Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji.
2. Pozostałe stanowiska w Sekcji:
 - 1) starszy mistrz,
 - 2) mistrz,
 - 3) konserwator hydraulik,
 - 4) hydraulik,
 - 5) konserwator.

ROZDZIAŁ III

Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji

§ 37

Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej USK Nr 4 w Lublinie i podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

§ 38

Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji kieruje Kierownik Działu.

§ 39

Podstawowym zadaniem Działu Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji jest:

- 1) kompleksowa realizacja procesów inwestycyjno-budowlanych oraz remontowo-budowlanych w obiektach szpitala celem utrzymania ich w należytym stanie technicznym i estetycznym, nie dopuszczając do nadmiernego pogorszenia jego właściwości użytkowych i sprawności technicznej, polegająca w szczególności na:
 - a) analizie potrzeb remontowych jednostek szpitala i ocenie stanu technicznego obiektów,
 - b) nadzorze nad opracowaniem dokumentacji technicznych,
 - c) weryfikacji dokumentacji projektowej i kosztorysów,
 - d) uzyskaniu niezbędnych i wymaganych zgód, decyzji, pozwoleń i innych wymaganych dokumentów służących kompleksowej realizacji zadań,
 - e) koordynacji i nadzorze nad realizowanymi robotami budowlanymi,
 - f) współpracy z wykonawcami, projektantami oraz organami zewnętrznymi,
 - g) kontroli jakości, terminowości i zgodności realizacji robót z dokumentacją techniczną i harmonogramami,
 - h) zapewnieniu ciągłości funkcjonowania szpitala w trakcie realizacji robót,
- 2) prowadzenie ksiąg obiektów oraz poddawanie obiektów okresowym kontrolom stanu technicznego raz w roku, dwa razy w roku i raz na pięć lat oraz kontrolom doraźnym w przypadku wystąpienia czynników zewnętrznych związanych z działaniem sił natury zagrażających bezpieczeństwu mienia lub środowiska zgodnie z wymogami Prawa Budowlanego,
- 3) realizacja zaleceń pokontrolnych z przeglądów w/w oraz innych organów kontrolnych,
- 4) opracowywanie planów inwestycji budowlanych wraz z przygotowaniem budżetu inwestycyjnego na podstawie analizy potrzeb oraz konieczności dostosowania pomieszczeń do aktualnych wymagań technicznych, sanitarnych i p. poż., w ujęciu rocznym i wieloletnim,
- 5) opracowanie Programów Inwestycji Budowlanej,
- 6) opracowanie innych dokumentów planistycznych w zakresie robót budowlanych komplementarnych z celami strategicznymi USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) opracowywanie planów finansowych, planów zamówień i innych,

- 8) sporządzanie sprawozdań i raportów do innych komórek organizacyjnych oraz jednostek zewnętrznych, a w szczególności do organu założycielskiego,
- 9) udział w opracowywaniu wniosków o finansowanie inwestycji o charakterze budowlanym,
- 10) wnioskowanie i przygotowywanie materiałów niezbędnych do przeprowadzania przetargów na wykonanie dokumentacji technicznej oraz robót budowlanych, zgodnie z Prawem Zamówień Publicznych (np. rozeznanie rynku, opis przedmiotu zamówienia, wniosek) oraz uczestniczenie w komisjach przetargowych i odbiorowych.

§ 40

Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji ściśle współpracuje z Działem Zamówień Publicznych, Działem Eksploatacyjnym, Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych oraz innymi komórkami organizacyjnymi w trakcie przygotowywania i realizacji poszczególnych zadań inwestycyjnych, remontowych i modernizacyjnych.

§ 41

Personel Działu Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji stanowią:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępca Kierownika Działu,
- 3) starszy specjalista ds. inwestycji i remontów /inspektor nadzoru,
- 4) specjalista ds. inwestycji i remontów.

ROZDZIAŁ IV

Dział Aparatury Medycznej

§ 42

1. Dział Aparatury Medycznej stanowi komórkę organizacyjną obsługi technicznej USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.
2. W skład Działu Aparatury Medycznej wchodzi:
 - 1) Sekcja ds. Wyposażenia w Aparaturę Medyczną,
 - 2) Sekcja ds. Serwisu Aparatury Medycznej.

§ 43

1. Do zadań Sekcji ds. Wyposażenia w Aparaturę Medyczną należy:
 - 1) przygotowywanie materiałów niezbędnych do przeprowadzania postępowań przetargowych na zakup aparatury medycznej, zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych, w tym:
 - a) rozeznanie rynku w celu ustalenia aktualnej szacunkowej wartości zamówienia oraz kwalifikacji trybu postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami o zamówieniach publicznych,
 - b) opracowywanie wniosków o wszczęcie postępowania,
 - c) sporządzanie projektów opisów przedmiotu zamówienia (OPZ) we współudziale z użytkownikami,
 - d) udział w komisjach przetargowych wyłącznie w zakresie dotyczącym eksploatacji aparatury medycznej, w tym warunków gwarancyjnych i serwisowych. W zakresie merytorycznym dotyczącym opisu przedmiotu zamówienia odpowiedzialność ponosi użytkownik końcowy,
 - e) udział w komisjach odbiorowych,
 - 2) opracowywanie OPZ we współpracy z użytkownikami końcowymi sprzętu w celu zapewnienia zgodności funkcjonalności i parametrów aparatury medycznej z potrzebami jednostek organizacyjnych Szpitala,
 - 3) przygotowywanie i aktualizacja rocznych planów inwestycyjnych w zakresie aparatury medycznej, w tym:
 - a) Planu Inwestycyjnego,
 - b) Planu Zamówień Publicznych,
 - 4) opis faktur za dostawy aparatury medycznej, ich weryfikacja pod względem merytorycznym oraz zgodności z zawartymi umowami i dokumentacją odbiorczą,
 - 5) analiza i ocena zasadności zapotrzebowań na sprzęt i aparaturę medyczną zgłaszanych przez jednostki organizacyjne Szpitala, oraz ich kwalifikacja do Planu Inwestycyjnego,
 - 6) wnioskowanie o realizację zakupów aparatury medycznej, zgodnie z zatwierdzonym Planem Inwestycyjnym,

- 7) zgłaszanie zmian do Planu Inwestycyjnego oraz Planu Zamówień Publicznych w zakresie dotyczącym aparatury medycznej na podstawie danych otrzymanych na bieżąco od użytkowników. W przypadku aparatury medycznej pozyskiwanej z innych źródeł (np. środki ministerialne, KPO, POiŚ itp) zmiany do Planu Inwestycyjnego są zgłaszane przez Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych,
 - 8) nadzór nad realizacją umów na dostawę aparatury medycznej, w tym:
 - a) monitorowanie realizacji dostaw,
 - b) kontrola zgodności realizacji z zapisami umownymi,
 - 9) przygotowywanie zestawień aparatury medycznej niezbędnej do projektów inwestycyjnych Szpitala, we współpracy z Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji. Dział Aparatury Medycznej przekazuje niezbędne dane techniczne, funkcjonalne oraz wyniki szacowania wartości aparatury medycznej, natomiast pozostałe czynności formalne, w tym uzupełnianie wymaganych przez instytucje tabel i formularzy aplikacyjnych, realizuje samodzielnie Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji,
 - 10) opracowywanie wstępnej specyfikacji technicznej sprzętu medycznego we współpracy z użytkownikami oraz Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych, w ramach przygotowywanych projektów inwestycyjnych. Dział Aparatury Medycznej przekazuje niezbędne dane techniczne, funkcjonalne oraz wyniki szacowania wartości aparatury medycznej, natomiast pozostałe czynności formalne, w tym uzupełnianie wymaganych przez instytucje tabel i formularzy aplikacyjnych, realizuje samodzielnie Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych,
 - 11) wprowadzanie dokumentacji technicznej nowo zakupionej aparatury medycznej do systemów informatycznych Szpitala, zgodnie z obowiązującymi procedurami,
 - 12) sporządzanie sprawozdań z wykorzystania aparatury medycznej w zakresie zawartych umów, w tym sprawozdań okresowych dla Ministerstwa Zdrowia,
 - 13) prowadzenie niezbędnych rejestrów aparatury medycznej,
 - 14) udział w odbiorach aparatury medycznej, zarówno zakupionej, jak i pozyskanej w innej formie (np. darowizna, dzierżawa, użyczenie), oraz weryfikacja poprawności dokumentacji odbiorczej.
 - 15) nadzór techniczny i finansowy nad realizacją umów dzierżawy, użyczenia oraz testowania aparatury medycznej, w tym kontrola zgodności zapisów umów z rzeczywistą realizacją oraz koordynacja z komórkami odpowiedzialnymi za dostawy,
 - 16) współpraca z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie przekazywania informacji o dostawach aparatury,
 - 17) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala mająca na celu prawidłowe funkcjonowanie procesów związanych z aparaturą medyczną,
 - 18) opracowywanie wskaźników oraz analiza stopnia wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego.
2. Do zadań Sekcji ds. Serwisu Aparatury Medycznej należy:
- 1) wykonywanie napraw, konserwacji oraz przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu Szpitala,

- 2) udzielanie i realizacja zamówień publicznych, do których nie stosuje się ustawy Prawo Zamówień Publicznych, dotyczących wyłącznie napraw i przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) sporządzanie zleceń oraz umów do zamówień, o których mowa w pkt. 2, w zakresie napraw oraz przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego przez serwisy zewnętrzne,
- 4) nadzór nad prawidłową realizacją umów serwisowych dotyczących napraw oraz przeglądów technicznych pod względem finansowym, technicznym oraz merytorycznym,
- 5) prowadzenie paszportów technicznych aparatury i sprzętu medycznego w systemie elektronicznym w zakresie wprowadzania oraz aktualizacji certyfikatów, przeglądów, napraw a także rozliczania faktur,
- 6) opisywanie faktur wystawianych przez Wykonawców pod względem merytorycznym oraz zgodności z zawartymi zleceniami oraz umowami serwisowymi,
- 7) monitorowanie wykonywanych przeglądów technicznych zgodnie z systemem elektronicznym, dokumentacją techniczną oraz rocznym harmonogramem przeglądów aparatury medycznej będącej w posiadaniu Szpitala,
- 8) sporządzanie rocznego harmonogramu przeglądów aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu Szpitala,
- 9) prowadzenie wewnętrznego magazynku w systemie elektronicznym (zamawianie oraz rozliczenie materiałów do realizacji zadań przez serwis wewnętrzny),
- 10) wystawianie orzeczeń kasacyjnych i uczestnictwo w komisjach kasacyjnych,
- 11) nadzorowanie wykonania przeglądów gwarancyjnych przez serwisy zewnętrzne,
- 12) przygotowywanie materiałów niezbędnych do przeprowadzania postępowań przetargowych w zakresie napraw i przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych, w tym:
 - a) rozeznanie rynku w celu ustalenia aktualnej szacunkowej wartości zamówienia oraz kwalifikacji trybu postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami o zamówieniach publicznych,
 - b) opracowywanie wniosków o wszczęcie postępowania,
 - c) sporządzanie projektów opisów przedmiotu zamówienia (OPZ),
 - d) udział w komisjach przetargowych,
- 13) opracowywanie rocznego Planu Zamówień Publicznych oraz Planu Finansowego wyłącznie w zakresie napraw i przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego, będącego w posiadaniu USK Nr 4 w Lublinie,
- 14) sporządzanie protokołów oraz wykazów aparatury i sprzętu medycznego dotyczących wykonania przeglądów technicznych realizowanych przez serwis wewnętrzny Działu Aparatury Medycznej,
- 15) rozliczanie zleceń dotyczących napraw aparatury i sprzętu medycznego,
- 16) prowadzenie niezbędnych rejestrów dotyczących aparatury medycznej,

- 17) opracowywanie wskaźników oraz analiza stopnia wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego w zakresie napraw oraz wykonanych przeglądów technicznych,
- 18) współpraca z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie orzeczeń kasacyjnych,
- 19) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala mająca wpływ na poprawne jego funkcjonowania.

§ 44

Działem Aparatury Medycznej kieruje Kierownik Działu, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

§ 45

Personel Działu Aparatury Medycznej stanowią:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) główny specjalisty - Koordynator Sekcji,
- 3) starszy specjalista,
- 4) specjalista,
- 5) starszy inspektor,
- 6) inspektor,
- 7) referent,
- 8) starszy mistrz aparatury medycznej,
- 9) mistrz aparatury medycznej,
- 10) konserwator aparatury medycznej.

ROZDZIAŁ V

Dział Usług Niemedycznych

§ 46

Dział Usług Niemedycznych podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

§ 47

Działem Usług Niemedycznych kieruje Kierownik Działu Usług Niemedycznych.

§ 48

1. Dział Usług Niemedycznych realizuje zadania w zakresie świadczenia usług pralniczych:
 - 1) usługi prania chemicznego,
 - 2) usługi prania wodnego.
2. Usługi pralnicze świadczone są dla:
 - 1) USK Nr 4 w Lublinie,
 - 2) innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - 3) podmiotów gospodarczych,
 - 4) instytucji,
 - 5) indywidualnych klientów.

§ 49

Dział Usług Niemedycznych realizuje wszystkie działania związane z prawidłowym wykonaniem świadczonych usług. W szczególności do zadań Działu należy:

- 1) świadczenie usług pralniczych zgodnie z obowiązującymi standardami i normami jakościowymi,
- 2) ewidencja sprzedaży świadczonych usług pralniczych - dokument sprzedaży stanowi paragon fiskalny lub faktura,
- 3) współpraca z innymi Działami USK Nr 4 w Lublinie w zakresie świadczonych usług,
- 4) realizacja nakazów i zarządzeń organów kontrolnych w Dziale Usług Niemedycznych oraz współpracuje ze służbami szpitala w tym zakresie,
- 5) opracowywanie ofert i dokumentacji do postępowań przetargowych organizowanych przez inne jednostki celem pozyskania usługodawców,
- 6) prowadzenie działalności marketingowej w celu pozyskania usługobiorców,
- 7) sporządzanie umów na świadczone przez Dział Usług Niemedycznych usługi oraz prowadzenie rejestru zawartych umów,
- 8) ustalanie planu zakupów i realizowanie zakupów awaryjnych,
- 9) współpraca ze służbami technicznymi szpitala oraz z poza szpitala w zakresie utrzymania ciągłości pracy maszyn i urządzeń,
- 10) sporządzanie zestawień z przerobu bielizny oraz napraw wykonanych przez Dział Usług Niemedycznych dla USK Nr 4 w Lublinie.

§ 50

Zadania Działu Usług Niemedycznych realizowane są przez następujące stanowiska pracy:

- 1) Kierownik,

- 2) Zastępca Kierownika,
- 3) referent ds. administracyjnych,
- 4) kierowcy,
- 5) pracownik wykwalifikowany prasowaczka-maglarka,
- 6) pracownik wykwalifikowany operator maszyn,
- 7) pracownik wykwalifikowany strona mokrej,
- 8) pracownik wykwalifikowany pralni chemicznej,
- 9) mechanik konserwator,
- 10) pracownik gospodarczy,
- 11) szwaczka.

ROZDZIAŁ VI

Dział Administracyjno-Gospodarczy

§ 51

Dział Administracyjno-Gospodarczy jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

§ 52

Dział Administracyjno-Gospodarczy realizuje następujące zadania:

- 1) realizacja zadań oraz nadzorowanie należytego wykonywania usług wynikających z umów podpisanych z kontrahentami oraz rozliczanie faktur związanych z zakresem zadań działu i innych jednostek szpitala, w tym:
 - a) utrzymanie porządku i czystości na zewnątrz budynków,
 - b) konserwacja terenów zieleni, w tym zieleni wewnątrz budynków oraz serwis akwarium,
 - c) ochrona mienia,
 - d) odbiór i utylizacja odpadów medycznych i komunalnych,
 - e) transport medyczny (transport pacjentów, w tym dializowanych, oraz krwi),
 - f) transport preparatów do pacjentów objętych leczeniem żywieniowym w warunkach domowych,
 - g) serwis, koszty paliwa oraz utrzymanie czystości floty samochodów szpitalnych,
 - h) transport na potrzeby administracji centralnej, Działu Logistyki i innych komórek,
 - i) wykonywanie pieczętek,
 - j) wykonywanie tablic informacyjnych,
 - k) usługi hotelarskie dla pacjentów onkologicznych,
 - l) transport transplantologiczny,
 - m) usługi mortalitarne,
 - n) usługi doradztwa w zakresie ochrony środowiska,
 - o) usługa dostawy dystrybutorów na wodę,
- 2) administrowanie budynkami szpitala oraz pomieszczeniami administracyjnymi.
- 3) organizacja i nadzór działań zapewniających właściwy stan higieniczno-sanitarny w pomieszczeniach zlokalizowanych poza częścią kliniczną, na klatkach schodowych, ciągach komunikacyjnych, w pomieszczeniach Poradni Specjalistycznych i POZ, w salach wykładowych i konferencyjnych oraz w windach, a w częściach klinicznych wg harmonogramu ustalanego z oddziałami,
- 4) gospodarka odpadami komunalnymi i medycznymi,
- 5) obsługa administracyjna wszystkich komórek organizacyjnych, w tym zamawianie pieczętek oraz tablic informacyjnych, wykonywanie identyfikatorów, obsługa maszyn kserograficznych i powielanie druków na potrzeby szpitala, laminowanie oraz bindowanie.
- 6) obsługa wszystkich komórek organizacyjnych szpitala w zakresie zapewnienia dostępu do dystrybutorów na wodę,
- 7) wystawianie faktur dokumentujących:
 - a) korzystanie ze sprzętu i aparatury medycznej będącego własnością USK Nr 4 w Lublinie przez osoby zatrudnione na podstawie umów kontraktowych,
 - b) wynajem powierzchni,

- c) korzystanie z mediów przez osoby, firmy wynajmujące powierzchnie,
 - d) korzystanie z usług szkolenia bhp,
 - e) odsprzedaż surowców wtórnych,
 - f) odsprzedaż tlenu medycznego,
 - g) udostępnianie jednostek organizacyjnych na prowadzenie zajęć stażowych,
 - h) sprzedaż środków trwałych i niskocennych środków trwałych na rzecz firm i osób prowadzących działalność gospodarczą.
- 8) prowadzenie i nadzór nad magazynami wchodzącymi w strukturę działu, w tym:
 - a) Magazynu rzeczy używanych,
 - b) Magazynu odzieży pacjentów,
 - c) Magazynu serwisu sprzątającego,
 - d) Centralnego Magazynu Odpadów,
 - 9) prowadzenie i nadzór nad szatniami szpitalnymi,
 - 10) koordynacja i nadzór wewnętrznego transportu szpitalnego w zakresie obsługi administracyjno-gospodarczej wszystkich komórek organizacyjnych,
 - 11) organizacja, nadzór i koordynacja pracy floty samochodowej szpitala,
 - 12) obsługa w zakresie ochrony środowiska, monitorowanie, nadzorowanie i koordynowanie polityki związanej ze wszystkimi odpadami powstającymi w szpitalu zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie środowiska:
 - a) prowadzenie ewidencji odpadów w BDO,
 - b) przeprowadzanie audytów środowiskowych oraz sporządzanie z nich raportów,
 - c) opracowywanie procedur szpitalnych wynikających z obowiązujących przepisów dotyczących ochrony środowiska,
 - d) raportowanie i sprawozdawczość do odpowiednich organów ochrony środowiska,
 - e) sporządzanie terminowo wszelkiej sprawozdawczości oraz raportów wymaganej przepisami prawa ochrony środowiska,
 - f) naliczanie opłat za korzystanie ze środowiska,
 - g) sporządzanie raportów z emisji zanieczyszczeń do powietrza (KOBiZE),
 - h) nadzór i kontrola parametrów środowiskowych wynikających z przepisów prawa,
 - i) nadzór nad realizacją zobowiązań wynikających z aktów prawnych regulujących obszar ochrony środowiska i gospodarki odpadami,
 - j) współpraca z właściwymi urzędami i instytucjami, w tym udział w kontrolach organów zewnętrznych,
 - k) wsparcie administracyjno-organizacyjne szpitala,
 - l) współpraca i kontakt z firmami doradczymi w zakresie ochrony środowiska,
 - m) zbieranie danych do raportów i sprawozdań z zakresu ochrony środowiska,
 - n) prowadzenie ewidencji odpadów, nadzór nad prawidłową klasyfikacją odpadów,
 - o) nadzór nad centralnym magazynem odpadów,
 - p) obsługa kart ewidencji odpadów,
 - q) prowadzenie i nadzorowanie zagadnień związanych z gospodarką opakowaniową oraz opłata recyklingową,
 - r) wykonywanie dokumentacji służącej uzyskiwaniu pozwoleń, zgłoszeń, itp.,
 - s) uaktualnianie wymagań prawnych w dziedzinie ochrony środowiska,
 - t) śledzenie komunikatów w Centralnym Rejestrze Operatorów,
 - 13) obsługa w zakresie umów najmu, dzierżawy, użyczenia pomieszczeń Szpitala,
 - 14) pełnienie funkcji gospodarza podczas wyborów prezydenckich, parlamentarnych, samorządowych i europejskich, współpraca z Urzędem Miasta oraz Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w w/w zakresie,

- 15) wsparcie wszystkich komórek Szpitala w zakresie trudnych logistycznie dostaw, przeprowadzek oraz reorganizacji komunikacji pieszej w trakcie remontów, a także w przypadku nieprzewidzianych sytuacji i zdarzeń losowych, np. awarii infrastruktury technicznej.

§ 53

Dział Administracyjno-Gospodarczy współpracuje z:

- 1) Działem Zamówień Publicznych w zakresie umów przetargowych, w tym przygotowywanie i sporządzanie dokumentacji przetargowej z obszaru działań Działu,
- 2) Działem Organizacyjno-Prawnym w zakresie sporządzania umów,
- 3) Działem Logistyki Szpitala w zakresie zakupów i usług bezprzetargowych, w tym sporządzaniem wniosków oraz umów,
- 4) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie weryfikacji zasadności faktur zakupowych zgodnie z zakresem merytorycznym, wystawiania dokumentów sprzedaży, raportowania, sprawozdawczości,
- 5) Działem Kadr i Płac w zakresie list obecności, grafików, urlopów, zwolnień lekarskich, szkoleń pracowników oraz innych bieżących spraw,
- 6) Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie przekazywania rzeczy do Magazynu Rzeczy Używanych lub kasacji.,
- 7) Działem Aparatury Medycznej w zakresie zgłaszania szkód majątkowych aparatury medycznej,
- 8) Oddziałami, Izbami Przyjęć w zakresie przyjmowania odzieży pacjentów do Magazynu Odzieży Pacjentów,
- 9) Brokerem w zakresie zgłaszania szkód majątkowych,
- 10) Uniwersytetem Medycznym,
- 11) innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizowanych przez Dział zadań.

§ 54

Na strukturę Działu składają się następujące stanowiska:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępca Kierownika Działu,
- 3) specjalista,
- 4) starszy specjalista,
- 5) inspektor,
- 6) starszy magazynier,
- 7) pracownik gospodarczy,
- 8) kierowca,
- 9) telefonistka,
- 10) portier.

ROZDZIAŁ VII

Stanowiska pracy niewchodzące w strukturę Działów

Inspektor ds. ochrony przeciwpożarowej i konserwator sprzętu

§ 55

Inspektor ds. ochrony przeciwpożarowej i konserwator sprzętu podlega Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

§ 56

Do zadań Inspektora ds. ochrony przeciwpożarowej i konserwatora sprzętu należą działania związane z całokształtem ochrony przeciwpożarowej szpitala, a w szczególności:

- 1) kontrola stanu ochrony przeciwpożarowej,
- 2) przeprowadzanie dwa razy w roku ćwiczeń ewakuacyjnych chorych i sprzętu z wybranego Oddziału,
- 3) nadzór nad konserwacją sprzętu p. poż.,
- 4) szkolenie przeciwpożarowe pracowników USK Nr 4 w Lublinie,
- 5) sporządzanie projektu instrukcji, regulaminów, planów i programów działania w zakresie ochrony p. poż.

§ 57

Inspektor ds. ochrony przeciwpożarowej i konserwator sprzętu zobowiązany jest do składania pisemnych informacji Dyrektorowi z realizacji rocznych planów działania w zakresie ochrony p. poż.

CZĘŚĆ VI

Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Procesem planowania i realizacji sprawnego oraz efektywnego gospodarowania zasobami materiałowymi i kadrowymi USK Nr 4 w Lublinie kieruje Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki przy pomocy kierowników podległych mu komórek organizacyjnych.

§ 2

1. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki nadzoruje i koordynuje pracę podległych mu komórek organizacyjnych.
2. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki współdziała z kierownikami podległych mu komórek organizacyjnych w zakresie przestrzegania dyscypliny finansów publicznych.
3. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki określony został w Części I w Rozdziale III niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ II

Dział Kadr i Płac

§ 3

Dział Kadr i Płac jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki.

§ 4

1. W Dziale Kadr i Płac realizowane są wszystkie zadania związane z polityką kadrową USK Nr 4 w Lublinie.
2. W strukturze Działu Kadr i Płac wyodrębnione są:
 - 1) Sekcja Spraw Pracowniczych,
 - 2) Sekcja Płac,
 - 3) Sekcja Szkoleń.
3. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - 1) realizowanie decyzji Dyrekcji dotyczących zatrudniania oraz zwalniania pracowników,
 - 2) gromadzenie dokumentacji pracowników według zasad określonych w ustawie oraz transfer do ZUS,
 - 3) rozliczanie oraz przekazywanie składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
 - 4) prowadzenie ewidencji badań lekarskich wstępnych i okresowych,
 - 5) planowanie kształcenia i doskonalenia poszczególnych grup zawodowych,
 - 6) ewidencjonowanie kosztów wynagrodzeń osobowych z uwzględnieniem miejsc ich powstawania,
 - 7) sporządzanie planu zatrudnienia i wynagrodzeń,
 - 8) prowadzenie działalności socjalnej w oparciu o zatwierdzony preliminarz wydatków,
 - 9) wypłata wynagrodzeń zgodnie z terminami wypłaty.

§ 5

1. Do zadań Sekcji Spraw Pracowniczych należy w szczególności:
 - 1) obsługa procesu zatrudniania i zwalniania pracowników, zgodnie z przydzielonymi przez Kierownika Działu komórkami organizacyjnymi,
 - 2) ewidencja czasu pracy,
 - 3) prowadzenie akt osobowych pracowników,
 - 4) prowadzenie dokumentacji osób zatrudnionych na umowy kontraktowe,
 - 5) prowadzenie bieżącej korespondencji z pracownikami i organami zewnętrznymi,
 - 6) aktualizacja danych osobowych,
 - 7) koordynowanie oceny okresowej pracowników,
 - 8) koordynacja całości świadczeń socjalnych,
 - 9) nadzór nad wykorzystaniem urlopów oraz ważnością badań lekarskich, aktualizacją i bieżącym potwierdzaniem kwalifikacji pracowników oraz osób zatrudnionych na umowy kontraktowe,
 - 10) wsparcie Dyrekcji w procesach decyzyjnych dotyczących zasobów ludzkich,
 - 11) analiza i raportowanie danych kadrowych wewnątrz oraz do instytucji zewnętrznych,
 - 12) przekazywanie danych kadrowych do Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych.

2. Do zadań Sekcji Płac należy w szczególności:

- 1) obsługa płacowa pracowników USK Nr 4 w Lublinie dokonywana przez pracowników Działu, którym przydzielone są poszczególne komórki organizacyjne USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) terminowe naliczanie wynagrodzeń, pochodnych, potrąceń, prawidłowe księgowanie kosztów, uzgadnianie kont księgowych,
- 3) analiza i raportowanie danych płacowych wewnętrznie oraz do instytucji zewnętrznych,
- 4) przygotowywanie, rozliczanie, wypłata umów zleceń, o dzieło,
- 5) rozliczanie umów na staże podyplomowe lekarzy z Urzędem Marszałkowskim,
- 6) współpraca i rozliczanie składek w ramach PPK,
- 7) rozliczanie zobowiązań i współpraca z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- 8) rozliczanie zobowiązań i współpraca z PFRON,
- 9) rozliczanie i refundacja kosztów lekarzy-rezydentów z Ministerstwem Zdrowia,
- 10) rozliczanie dodatków dla kierowników specjalizacji z Urzędem Wojewódzkim,
- 11) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania,
- 12) naliczanie i wypłata wynagrodzeń realizowanych ze środków UE oraz przygotowywanie informacji dotyczących tych wynagrodzeń na potrzeby pracowników zajmujących się współpracą z instytucjami realizującymi umowy z UE.

3. Do zadań Sekcji Szkoleń należy w szczególności:

- 1) planowanie i rozliczanie szkoleń dla wszystkich pracowników Szpitala na dany rok,
- 2) przeprowadzanie procesu organizacji szkoleń, udzielania urlopów szkoleniowych, delegacji i podnoszenia kwalifikacji przez pracowników USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) potwierdzanie i ewidencjonowanie urlopów szkoleniowych zgodnie z regulacjami,
- 4) nadzorowanie ważności kwalifikacji okresowych pracowników,
- 5) przygotowywanie, ewidencjonowanie umów z podmiotami zewnętrznymi na szkolenie specjalizacyjne lekarzy oraz lekarzy stażystów zabezpieczających potrzeby USK nr 4 w Lublinie zgodnie z programem specjalizacji i stażu podyplomowego oraz umożliwiających szkolenie lekarzy z innych jednostek w ramach struktury Szpitala.

§ 6

W celu sporządzenia comiesięcznych list płatniczych Dział Kadr i Płac otrzymuje niezbędną dokumentację z:

- 1) sekretariatu Naczelnej Pielęgniarki:
 - a) ewidencję czasu pracy wraz z wykazem przepracowanych godzin nocnych i świątecznych przez pracowników zabezpieczających całodobową opiekę nad chorym,
 - b) wykaz przepracowanych godzin nadliczbowych,
- 2) pozostałych komórek organizacyjnych - ewidencję czasu pracy oraz wykaz dyżurów medycznych i godzin nadliczbowych
- 3) Działu Finansowo-Księgowego - wykaz potrąceń dla pracowników korzystających z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej,
- 4) Banku SKOK - wykaz potrąceń dla pracowników korzystających z pożyczek.

§ 7

W zakresie współpracy z Działem Finansowo-Księgowym do zadań Działu Kadr i Płac realizowanych przez specjalistów ds. rozliczania kosztów wynagrodzeń osobowych, składek oraz sprawozdawczości, należy przekazywanie:

- 1) sporządzanych zestawień kosztów wynagrodzeń z podziałem na miejsca ich powstawania,
- 2) zestawień wysokości składek na:
 - a) ubezpieczenia społeczne,
 - b) ubezpieczenie zdrowotne,
 - c) Fundusz Pracy,
 - d) Fundusz Emerytur Pomostowych,
- 3) zaliczkowych kwot na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych według jednostek organizacyjnych,
- 4) wysokości składek na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla poszczególnych jednostek organizacyjnych,
- 5) poleceń księgowania z zakresu pkt.1, 2, 3, 4,
- 6) wysokości składek wymienionych w pkt. 2,
- 7) wyliczonych rachunków do wypłaty z tytułu zawartych umów zleceń i o dzieło,
- 8) comiesięczne uzgadniania potwierdzające prawidłowość księgowania wybranych składników,
- 9) zestawień dotyczących kwoty nadpłaconych składek z tytułu przekroczenia rocznej podstawy wymiaru składek,
- 10) rozliczeń przyznanych środków przez Ministerstwo Zdrowia na skierowanych rezydentów,
- 11) rozliczeń przyznanych środków przez Urząd Marszałkowski na skierowanych stażystów lekarzy i pielęgniarki (łącznie z fakturami),
- 12) sporządzonych kart dokumentacji roboczej do badania rocznego bilansu szpitala z zakresu:
 - a) kosztów wynagrodzeń,
 - b) naliczania składek ubezpieczeń społecznych,
 - c) naliczania składek ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) Funduszu Pracy,
 - e) Fundusz Emerytur Pomostowych,
 - f) podatku dochodowego,
 - g) podatku od umów zleceń i o dzieło,
 - h) podatku ryczałtowego od zapomóg emerytów,
 - i) sporządzanych miesięcznych deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

§ 8

Dział Kadr i Płac współpracuje z:

- 1) lekarzami kierującymi oddziałami/Kierownikami Zakładów oraz innych komórek organizacyjnych w zakresie sporządzania i przekazywania wniosków nagrodowych dla pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych (z Funduszu Dyrektora Naczelnego),
- 2) Działem Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych w zakresie sporządzania imiennych wykazów lekarzy oraz innego personelu świadczącego usługi medyczne w podziale na komórki organizacyjne w zależności od potrzeb składanej oferty do NFZ, MZ, ZUS, inne.

§ 9

Dział Kadr i Płac współpracuje z jednostkami zewnętrznymi w zakresie wynikającym z kompetencji Działu, w szczególności współpraca dotyczy:

- 1) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:

- a) wysyłanie druków zgłoszeniowych oraz korygujących dane pracowników i ich rodzin w/g wzorów (ZUA, ZCNA, ZSWA, ZWUA, ZIUA itp.),
- b) rozliczenia składek na ubezpieczenia społeczne na obowiązującym druku deklaracji DRA,
- c) imiennych raportów RCA dotyczących wysokości składek na ubezpieczenia,
- d) imiennych raportów RSA dotyczących przerw w opłacaniu składek uwzględniając również osoby przebywające na urloпах macierzyńskich i wychowawczych, korekt deklaracji DRA, imiennych raportów RCA, RSA po otrzymaniu decyzji dotyczącej zwrotu nadpłaconych składek emerytalnych i rentowych,
- 2) Urzędu Skarbowego: sporządzanie rocznej deklaracji, w której wykazane się pobrane i przekazane do urzędu skarbowego zaliczki na podatek dochodowy - PIT-4R,
- 3) Urzędu Marszałkowskiego:
 - a) sporządzanie comiesięcznych zestawień kosztów realizacji staży podyplomowych lekarzy
 - b) wystawianie faktur obciążających Urząd Marszałkowski,
- 4) Ministerstwa Zdrowia: sporządzanie miesięcznych rozliczeń środków przekazanych na realizację specjalizacji lekarzy odbywanych w ramach szkoleniowego etatu rezydentckiego,
- 5) Urzędu Wojewódzkiego: sporządzanie kwartalnych zestawień kosztów poniesionych z tytułu wypłaty dodatków do wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji,
- 6) Urzędu Pracy: przygotowanie wniosków o zorganizowanie stażu dla bezrobotnych,
- 7) PFRON: sporządzanie rozliczeń miesięcznych wynikających z Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

§ 10

Dział Kadr i Płac współpracuje w zakresie spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji przez personel z:

- 1) Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie w sprawie specjalizacji lekarskich,
- 2) Ministerstwem Zdrowia, tj.: Departamentem Rozwoju Kadr Medycznych oraz Departamentem Budżetu i Finansów, w zakresie realizacji szkolenia specjalizacyjnego lekarzy odbywanego w ramach etatu rezydentckiego.

§ 11

- 1. Działem Kadr i Płac kieruje i odpowiada za jego sprawne funkcjonowanie Kierownik Działu.
- 2. Sekcją Spraw Pracowniczych kieruje Zastępca Kierownika ds. Kadr.
- 3. Sekcją Płac kieruje Zastępca Kierownika ds. Płac.
- 4. Sekcję Szkoleń koordynuje starszy specjalista.
- 5. Pozostały personel Działu stanowią osoby zatrudnione na stanowiskach:
 - 1) starszy specjalista,
 - 2) specjalista,
 - 3) starszy inspektor,
 - 4) inspektor.

ROZDZIAŁ III

Dział Zamówień Publicznych

§ 12

Dział Zamówień Publicznych jest komórką organizacyjną, która podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki.

§ 13

Pracownicy Działu Zamówień Publicznych odpowiadają za formalny przebieg procesu udzielania zamówień publicznych.

§ 14

Do podstawowych zadań Działu należy:

- 1) przygotowywanie rocznych planów zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej „ustawą Pzp”) i w oparciu o informacje otrzymywane od wszystkich komórek organizacyjnych,
- 2) proponowanie trybu udzielenia zamówienia publicznego zgodnie z ustawą Pzp w oparciu o otrzymane wnioski o wszczęcie postępowania,
- 3) udzielanie zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i uregulowaniami wewnętrznymi (ustawa Pzp, wewnętrzne zarządzenia, instrukcje, regulaminy) - na podstawie informacji przekazanych z komórek organizacyjnych realizujących bieżące zaopatrzenie w dostawy, nadzorujących wykonywanie usług lub robót budowlanych,
- 4) przygotowywanie umów o zamówienie publiczne (oraz ich zmian) - we współpracy z radcą prawnym i osobami merytorycznie odpowiedzialnymi za późniejszy ich nadzór i monitorowanie wykonania,
- 5) prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości, w tym sporządzenie i przekazanie do Urzędu Zamówień Publicznych rocznego sprawozdania o udzielonych zamówieniach publicznych,
- 6) prowadzenie rejestru zamówień publicznych i rejestru umów zawieranych w wyniku przeprowadzonych procedur o udzielenie zamówień publicznych oraz innych umów sporządzanych przez pracowników Działu,

§ 15

1. Dział Zamówień Publicznych współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie udostępniania zgromadzonych informacji i materiałów zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych, przygotowania dokumentacji do postępowań prowadzonych w reżimie ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
2. Pracownicy Działu Zamówień Publicznych uczestniczą w zespołach prowadzących postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego. Dodatkowo, w przypadku umów dotyczących środków trwałych, pracownicy współpracują z ich dostawcą na etapie przygotowywania do odbioru lub montażu przedmiotu umowy u bezpośredniego użytkownika.

3. Dział Zamówień Publicznych współpracuje z:

- 1) Apteką w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na produkty lecznicze, izotopy, gazy medyczne i wyroby medyczne,
- 2) pionem Naczelnej Pielęgniarki w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na sprzęt medyczny i wyposażenie,
- 3) Działem Logistyki Szpitala w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę materiałów objętych zakresem działania tej komórki,
- 4) Działem Żywnienia w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę żywności,
- 5) Działem Aparatury Medycznej przy zakupie aparatury medycznej oraz w zakresie napraw i konserwacji aparatury medycznej,
- 6) Działem Eksploatacyjnym oraz Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na remonty i modernizacje, oraz weryfikacji umów podwykonawczych,
- 7) Działem Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego w zakresie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na środki do mycia i dezynfekcji oraz świadczenie usług związanych z odpadami,
- 8) Oddziałami/komórkami organizacyjnymi - w zakresie weryfikacji składanych przez nie wniosków o udzielenie zamówienia publicznego oraz współpracy na etapie procesu wyboru Wykonawcy.

4. Współpraca w szczególnym zakresie dotyczy:

- 1) Dyrektora Szpitala i jego Zastępców, w zakresie wymiany informacji o zleconych i prowadzonych procedurach zamówień i akceptacji prac zespołów (Komisji) oraz przygotowanych umów i zamówień,
- 2) Sekcji Radców Prawnych w zakresie konsultacji i pomocy w opracowaniu treści dokumentacji postępowania, w tym m. in. Specyfikacji Warunków Zamówienia, projektowanych postanowień umowy, współpracy przy badaniu otrzymanych ofert pod względem formalnym, odpowiedzi na odwołania, treści umów na dostawę, usługi i roboty budowlane;
- 3) Działu Finansowo-Księgowego w zakresie przekazywania w ustalonych terminach i formie - uregulowanych wewnętrzną instrukcją – faktur,
- 4) Kancelarii Ogólnej - odbiór korespondencji kierowanej do Działu oraz przygotowywanie korespondencji do wysłania,
- 5) Działu Eksploatacyjnego w zakresie zgłaszania i usuwania usterek w wyposażeniu pomieszczeń użytkowanych przez pracowników Działu Zamówień Publicznych,
- 6) Działu Wsparcia Informatycznego w zakresie zgłaszanie usterek i awarii sprzętu komputerowego używanego przez pracowników Działu Zamówień Publicznych,
- 7) Działu Kadr i Płac - współpraca w zakresie list obecności, urlopów, zwolnień lekarskich, szkoleń pracowników Działu oraz innych bieżących spraw.

§ 16

Działem Zamówień Publicznych kieruje Kierownik, który organizuje pracę Działu, przydzielając pracownikom konkretne zadania do wykonywania oraz nadzoruje terminowość i jakość ich wykonania.

§ 17

Na strukturę Działu składają się następujące stanowiska:

- 1) Kierownik Działu,

- 2) Zastępca Kierownika Działu,
- 3) starszy specjalista,
- 4) specjalista,
- 5) inspektor.

ROZDZIAŁ IV

Dział Logistyki Szpitala

§ 18

Dział Logistyki Szpitala jest komórką organizacyjną, która podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki.

§ 19

Pracownicy Działu Logistyki Szpitala odpowiadają za realizację zadań związanych z zaopatrzeniem Szpitala w niezbędne dla jego funkcjonowania materiały/usługi oraz za gospodarkę materiałowo-magazynową - zgodnie z kompetencjami Działu.

§ 20

Do podstawowych zadań Działu Logistyki Szpitala należy:

- 1) zaopatrzenie komórek organizacyjnych w niezbędne dla jego funkcjonowania materiały/usługi zgodnie z kompetencjami Działu,
- 2) składanie zamówień na zakupy materiałów (z wyłączeniem leków i środków opatrunkowych, izotopów i gazów medycznych, magazynów obrony cywilnej) u dostawców wybranych w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych zgodnie z kompetencjami Działu oraz składanie zamówień u dostawców zgodnie z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi regulującymi zamawianie dostaw lub usług o wartości do 130 tys. PLN, w zakresie której nie ma obowiązku stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych,
- 3) bieżące gromadzenie ofert, katalogów oraz informacji o towarach i usługach, producentach, wykonawcach,
- 4) współpraca wewnętrzna w zakresie obsługi logistycznej,
- 5) monitorowanie przebiegu dostaw i realizowanych umów,
- 6) obowiązek informowania w formie pisemnej Działu Aparatury Medycznej o zbliżającym się terminie zakończenia realizacji umowy dostawy, powiązanej z umową dzierżawy, użyczenia, ze stosownym wyprzedzeniem umożliwiającym podjęcie działań,
- 7) realizacja zadań w zakresie gospodarki materiałowo-magazynowej (z wyłączeniem żywności, leków i środków opatrunkowych, izotopów i gazów medycznych oraz magazynów obrony cywilnej), w tym m.in. przyjmowanie, przechowywanie, wydawanie materiałów,
- 8) bieżące monitorowanie stanów magazynowych,
- 9) przekazywanie informacji komórkom organizacyjnym składającym zapotrzebowanie na określony towar - o możliwości pobierania zadysponowanego artykułu,
- 10) zabezpieczenie materiałów przed zniszczeniem i kradzieżą,
- 11) utrzymywanie w należyтым stanie pomieszczeń i wyposażenia magazynów,
- 12) sporządzanie i weryfikacja planów zakupów dla potrzeb całego Szpitala z zakresu gospodarki materiałowej podległych magazynów na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala i/lub zużycia towaru według rozchodów magazynowych,
- 13) sporządzanie analiz, zestawień i zapotrzebowań materiałowych oraz wniosków niezbędnych do dokonania zakupu towaru dla zapewnienia prawidłowej pracy

komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem optymalizacji stanów magazynowych,

- 14) podejmowanie czynności oraz sporządzanie właściwych dokumentów niezbędnych dla dochodzenia roszczeń z tytułu braków lub wad towarów, jak również prowadzenie spraw dotyczących reklamacji zakupionego towaru / usługi,
- 15) prowadzenie rejestru zamówień udzielanych w Dziale w sposób umożliwiający monitorowanie wydatków,
- 16) optymalizacja procesów dotyczących zaopatrzenia, celem zminimalizowania ilości zapasów materiałów będących w dyspozycji Szpitala i odmrożenia/zwolnienia zaangażowanych w nich środków finansowych,
- 17) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyрекcję Szpitala,
- 18) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie obsługi logistycznej, m.in. ustalanie warunków i terminów dostaw,
- 19) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

§ 21

Dział Logistyki Szpitala współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie spraw związanych z bieżącą obsługą jednostki, m.in.:

- 1) Dyrektorem Szpitala i jego Zastępcami - w zakresie m.in. wymiany informacji o przygotowywanych zamówieniach, realizacji zamówień, gospodarki materiałowo-magazynowej i innych zleconych zadań,
- 2) Naczelną Pielęgniarką w zakresie m.in. zaopatrzenia w sprzęt medyczny i wyposażenie,
- 3) Sekcją Radców Prawnych m.in. w zakresie konsultacji i pomocy w opracowaniu treści zarządzeń i regulaminów wewnętrznych dotyczących działania Działu oraz umów dostaw i usług w trybie poniżej 130 tys. PLN,
- 4) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczeń z tytułu przyjętych dostaw i gospodarki materiałowo-magazynowej, przekazywania w ustalonych terminach i formie - uregulowanych wewnętrzną instrukcją - faktur za dostawy i usługi, rozliczania pobranych zaliczek, przekazywanie dokumentów obrotu materiałowego,
- 5) Działem Kadr i Płac w zakresie m.in. list obecności, urlopów, zwolnień lekarskich, szkoleń oraz konferencji i innych bieżących spraw;
- 6) Działem Eksploatacyjnym w zakresie m.in. zgłaszania i usuwania usterek w wyposażeniu pomieszczeń użytkowanych przez pracowników Działu,
- 7) Działem Aparatury Medycznej - współpraca m.in. przy zakupie i dostawie drobnej aparatury (o wartości poniżej wartości środka trwałego) oraz części do aparatury,
- 8) Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji w zakresie remontów i modernizacji pomieszczeń użytkowanych przez pracowników Działu,
- 9) Działem Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego w zakresie m.in. zakupów środków do mycia i dezynfekcji,
- 10) Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie m.in. dystrybucji towarów w Szpitalu,
- 11) Działem Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa przy zakupie oprogramowania i sprzętu komputerowego,
- 12) Działem Wsparcia Informatycznego w zakresie m.in. zgłaszanie usterek i awarii sprzętu komputerowego,

- 13) Działem Zamówień Publicznych w zakresie przygotowywania postępowań określonych ustawą Prawo zamówień publicznych oraz informacji o zawarciu /realizacji umów na dostawy/usługi,
- 14) Kancelarią Ogólną - w zakresie m.in. odbioru korespondencji kierowanej do Działu oraz przygotowywania korespondencji do wysłania,
- 15) Oddziałami/ Apteką/ komórkami organizacyjnymi - w zakresie przygotowywania i realizowania wniosków/ zapotrzebowań i dokumentów potwierdzających obrót materiałowy oraz wydania towarów z magazynu i przyjmowania ich zwrotu, współpraca na etapie procesu wyboru wykonawcy oraz w zakresie przyjmowania zwrotu towarów, wraz z dokumentowaniem tych czynności na drukach wynikających z obowiązujących przepisów i uregulowań.

§ 22

Działem Logistyki Szpitala kieruje Kierownik Działu Logistyki, który organizuje pracę Działu, przydzielając pracownikom konkretne zadania do wykonywania oraz nadzoruje terminowość i jakość ich wykonania.

§ 23

Personel Działu Logistyki Szpitala stanowią:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępca Kierownika Działu,
- 3) starszy specjalista,
- 4) specjalista,
- 5) starszy inspektor,
- 6) starszy magazynier,
- 7) magazynier.

ROZDZIAŁ V

Kancelaria Ogólna

§ 24

Kancelaria Ogólna jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki.

§ 25

Do podstawowych zadań Kancelarii Ogólnej należy:

- 1) przyjmowanie, ewidencjonowanie i rozdział korespondencji oraz przesyłek pocztowych i kurierskich,
- 2) prowadzenie składów chronologicznych,
- 3) przekazywanie dokumentacji wewnętrznej (pisma, zarządzenia) drogą elektroniczną,
- 4) wysyłanie korespondencji i przesyłek,
- 5) obsługa faksu,
- 6) obsługa poczty elektronicznej w zakresie odbierania korespondencji adresowanej do Szpitala i rejestrowanie w systemie EZD,
- 7) bezpośrednie doręczanie korespondencji do jednostek współpracujących ze Szpitalem, znajdujących się na terenie Lublina,
- 8) prenumerata prasy codziennej i czasopism,
- 9) przyjmowanie ofert do przetargów i konkursów,
- 10) wykonywanie odbitek kserograficznych oraz skanowanie pism,
- 11) udzielanie informacji,
- 12) dystrybucja zarządzeń oraz aktów prawnych zewnętrznych,
- 13) nadzór nad organizacją wdrażaniem i procesu elektronicznego obiegu dokumentów i korespondencji w Szpitalu (EZD),
- 14) powielanie, kompletowanie dokumentacji dla jednostek Szpitala.
- 15) prowadzenie Rejestru umów w zakresie działalności Kancelarii oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

§ 26

W zakresie czynności związanych z przyjmowaniem, ewidencjonowaniem i rozdziałem korespondencji oraz przesyłek pocztowych obowiązują następujące zasady:

- 1) korespondencja adresowana do Szpitala doręczana jest przez listonosza lub przez kurierów oraz osobiście przez petentów,
- 2) przesyłki pocztowe oraz kurierskie imienne rejestrowane są w Kancelarii w systemie Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją (EZD), a następnie dystrybuowane do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala,
- 3) pisma dotyczące spraw prowadzonych elektronicznie Kancelaria przechowuje oraz wypożycza w Składach Chronologicznych,
- 4) w przypadku otwarcia korespondencji poleconej w Kancelarii do pisma dołącza się kopertę z datą nadania oraz wpływu,
- 5) korespondencja mylnie adresowana na USK Nr 4 w Lublinie podlega zwrotowi za pośrednictwem poczty,

- 6) korespondencja adresowana bezpośrednio do Szpitala otwierana jest w Kancelarii Ogólnej. Po zapoznaniu się z treścią, pismo rejestrowane jest w systemie Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją (EZD), a następnie przekazywane do komórki organizacyjnej właściwej do jej załatwienia, z wyłączeniem pism przechowywanych w składach chronologicznych - takie pisma przekazywane są wyłącznie elektronicznie w systemie EZD,
- 7) korespondencja imienna nie podlega otwieraniu, przekazywana jest adresatowi,
- 8) korespondencję tajną i poufną kieruje się do Kancelarii Tajnej,
- 9) korespondencja adresowana ogólnie do USK Nr 4 w Lublinie jest otwierana i dekretowana przez Kierownika Kancelarii do właściwej komórki organizacyjnej.

§ 27

W Kancelarii Ogólnej prowadzi się wysyłkę:

- 1) przesyłek zwykłych, ewidencjonowanych w systemie EZD,
- 2) przesyłek poleconych, ewidencjonowanych w systemie EZD potwierdzanych przez Poczta w „Pocztowej książce nadawczej”,
- 3) przesyłek kurierskich, ewidencjonowanych w systemie EZD.

§ 28

Obowiązek bezpośredniego dostarczenia korespondencji dotyczy jednostek:

- 1) Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) Uniwersytetu Medycznego,
- 3) Urzędu Miejskiego,
- 4) Urzędu Marszałkowskiego,
- 5) Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie,
- 6) biur podawczych sądów z siedzibą w Lublinie,
- 7) innych instytucji, zgodnie ze zleceniem dyrekcji USK Nr 4 w Lublinie.

§ 29

W zakresie prenumeraty prasy do Kancelarii Ogólnej należy:

- 1) zamawianie prasy codziennej,
- 2) rozdział prasy.

§ 30

Kancelaria uczestniczy w przygotowaniu materiałów do przetargu na usługi pocztowe w obrocie krajowym i zagranicznym w zakresie przyjmowania, przemieszczania, doręczania przesyłek i zwracania przesyłek rejestrowanych oraz rozlicza faktury za przedmiotowe usługi.

§ 31

W zakresie obowiązków związanych z przyjmowaniem ofert do przetargów i konkursów Kancelaria zobowiązana jest do opatrzenia każdej z ofert pieczętką wpływu i numerem RPW, a następnie przekazania oferty do Działu Zamówień Publicznych lub odpowiednich działów według kompetencji.

§ 32

1. W Kancelarii Ogólnej wykonywane są odbitki kserograficzne oraz skany pism dla potrzeb służbowych wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Kancelaria prowadzi rejestr wykonywanych odbitek z danymi komórki organizacyjnej oraz ilością wykonywanych odbitek.

§ 33

Kancelaria Ogólna ściśle współpracuje ze wszystkim komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie przekazywania/dekretowania pism, dystrybucji zarządzeń, aktów prawnych zewnętrznych oraz wysyłania korespondencji.

§ 34

Przy wykonywaniu czynności kancelaryjnych pracownicy Kancelarii stosują zasady wynikające z Wewnętrznej Instrukcji Kancelaryjnej.

§ 35

1. Kancelarią kieruje Kierownik Kancelarii, a w przypadku jego nieobecności wyznaczona przez niego osoba.
2. Pozostałe stanowiska pracy Kancelarii:
 - 1) starszy specjalista,
 - 2) specjalista,
 - 3) starszy inspektor.

CZĘŚĆ VII

Postanowienia końcowe

Postanowienia końcowe

§ 1

W obszarze organizacji wewnętrznej i zakresie działania komórek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie, nieunormowanym niniejszym Regulaminem, szczegółowy zakres ich działania ustala Dyrektor USK Nr 4 w Lublinie w oparciu o wnioski poszczególnych Zastępców Dyrektora, Naczelnej Pielęgniarki, Głównego Księgowego, lekarza kierującego Oddziałem, Kierownika Zakładu i kierowników innych komórek organizacyjnych.

§ 2

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 25 listopada 2025 r.
2. Zmiana treści Regulaminu wymaga trybu obowiązującego przy uchwalaniu Regulaminu.

Dyrektor Naczelny
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
Nr 4 w Lublinie

Michał Szabelski
*/dokument podpisany kwalifikowanym
podpisem elektronicznym/*

Regulamin Organizacyjny Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie	1
CZĘŚĆ I.....	2
Postanowienia ogólne.....	2
ROZDZIAŁ I.....	3
Status, cele i zadania jednostki	3
ROZDZIAŁ II.....	5
Rodzaje działalności leczniczej, zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych oraz struktura organizacyjna USK Nr 4 w Lublinie	5
ROZDZIAŁ III.....	10
Zarządzanie USK Nr 4 w Lublinie, sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi.....	10
1. Dyrektor Naczelny	10
2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju	12
3. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.....	14
4. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji	16
5. Zastępca Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki.....	18
6. Główny Księgowy	19
7. Naczelną Pielęgniarką.....	21
8. Stanowiska kierownicze	22
CZĘŚĆ II.....	24
Pion bezpośredniej podległości Dyrektorowi Naczelnemu	24
ROZDZIAŁ I.....	25
Główny Księgowy - Dział Finansowo-Księgowy, Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji	25
1. Główny Księgowy	25
2. Dział Finansowo-Księgowy	25
3. Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji.....	30
ROZDZIAŁ II.....	32
Dział Organizacyjno-Prawny.....	32
ROZDZIAŁ III.....	34
Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji.....	34
ROZDZIAŁ IV.....	37
Dział Audytu i Kontroli.....	37
ROZDZIAŁ V.....	41
Zespół Komunikacji i Promocji	41
ROZDZIAŁ VI.....	43
Rzecznik Prasowy	43
ROZDZIAŁ VII.....	44
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta	44
ROZDZIAŁ VIII.....	46
Centrum Innowacyjnych Terapii	46
ROZDZIAŁ IX.....	49
Inspektorzy Ochrony Radiologicznej	49
ROZDZIAŁ X.....	51
Inspektor ds. obrony cywilnej	51
ROZDZIAŁ XI.....	52
Zespół ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy	52
ROZDZIAŁ XII.....	55

Inspektor Ochrony Danych.....	55
ROZDZIAŁ XIII.....	57
Kapelan.....	57
CZĘŚĆ III.....	58
Organizacja i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych	58
DZIAŁ A	59
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.....	59
ROZDZIAŁ I.....	60
Zasady ogólne przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych.....	60
ROZDZIAŁ II.....	63
Lecznictwo ambulatoryjne	63
1. Poradnie Specjalistyczne	65
2. Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)	66
3. Rejestracje	68
4. Poradnia Medycyny Pracy	70
ROZDZIAŁ III.....	71
Lecznictwo zamknięte	71
1. Oddziały Szpitalne	71
2. Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki	75
3. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej w Klinicznym Oddziale Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety.....	77
4. Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii	77
5. Sekretariaty medyczne	78
ROZDZIAŁ IV.....	80
Kliniczny Oddział Ratunkowy, Centrum Urazowe i Izby Przyjęć	80
1. Kliniczny Oddział Ratunkowy – zasady ogólne	80
2. Centrum Urazowe	84
3. Izba Przyjęć Planowa – zasady ogólne	85
4. Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza	86
ROZDZIAŁ V.....	89
Zakłady	89
1. Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej	89
2. Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii	91
3. Zakład Fizjoterapii	93
4. II Zakład Fizjoterapii.....	94
5. Zakład Patomorfologii	95
ROZDZIAŁ VI.....	98
Pracownie.....	98
1. Pracownie z obszaru kardiologii i kardiochirurgii.....	98
2. Pracownia Bronchoskopii	110
3. Pracownia EEG.....	111
4. Pracownia Endoskopii	112
5. Pracownia Ultrasonografii.....	112
6. Pracownia Neurochemii i Biologii Molekularnej.....	114
ROZDZIAŁ VII.....	116
Ośrodki	116

1. Ośrodek Rehabilitacji Diennej.....	116
2. Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej	117
3. Ośrodek Kwalifikujący do Przeszczepiania Nerek	118
4. Lubelski Ośrodek Spastyczności	119
5. Lubelski Ośrodek Leczenia Żywnościowego	120
ROZDZIAŁ VIII.....	121
Blok Operacyjny.....	121
ROZDZIAŁ IX.....	122
Apteka	122
ROZDZIAŁ X.....	129
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.....	129
ROZDZIAŁ XI.....	131
Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna.....	131
ROZDZIAŁ XII.....	133
Transfuzjolog Szpitalny.....	133
ROZDZIAŁ XIII.....	134
Dział Krwiolecznictwa.....	134
ROZDZIAŁ XIV.....	137
Dział Sterylizacji.....	137
ROZDZIAŁ XV.....	140
Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego	140
Rozdział XVI	142
Dział Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki	142
ROZDZIAŁ XVII.....	143
Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej	143
ROZDZIAŁ XVIII.....	149
Dział Dietetyki.....	149
ROZDZIAŁ XIX.....	152
Archiwum Centralne.....	152
ROZDZIAŁ XX.....	155
Warunki współdziałania jednostek, komórek organizacyjnych działalności medycznej dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania USK Nr 4 w Lublinie pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym	155
ROZDZIAŁ XXI.....	156
Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	156
ROZDZIAŁ XXII.....	157
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat za udzielane świadczenia	157
ROZDZIAŁ XXIII.....	160
Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej	160
DZIAŁ B	161
Pion działalności Naczelnej Pielęgniarki	161
ROZDZIAŁ I	162
Zastępca Naczelnej Pielęgniarki	162
ROZDZIAŁ II.....	163
Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej.....	163

ROZDZIAŁ III	164
Dział Żywnienia.....	164
CZĘŚĆ IV.....	166
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju.....	166
ROZDZIAŁ I.....	167
Postanowienia ogólne	167
ROZDZIAŁ II.....	168
Dział Kontrolingu i Analiz.....	168
ROZDZIAŁ III	170
Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych	170
ROZDZIAŁ IV.....	172
Dział Rozliczeń Usług Medycznych.....	172
ROZDZIAŁ V.....	175
Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych.....	175
ROZDZIAŁ VI.....	178
Dział Infrastruktury Informatycznej i Cyberbezpieczeństwa	178
ROZDZIAŁ VII.....	181
Dział Wdrożeń i Administrowania Systemami Informatycznymi	181
ROZDZIAŁ VIII.....	183
Dział Wsparcia Informatycznego.....	183
CZĘŚĆ V	185
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji	185
ROZDZIAŁ I.....	186
Postanowienia Ogólne	186
ROZDZIAŁ II.....	187
Dział Eksploatacyjny	187
1. Sekcja Gospodarki Ciepłej	187
2. Sekcja Remontowo-Budowlana	188
3. Sekcja Elektryczna	189
4. Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji	192
ROZDZIAŁ III	195
Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji.....	195
ROZDZIAŁ IV.....	197
Dział Aparatury Medycznej	197
ROZDZIAŁ V.....	201
Dział Usług Niemedycznych.....	201
ROZDZIAŁ VI.....	203
Dział Administracyjno-Gospodarczy.....	203
ROZDZIAŁ VII.....	206
Stanowiska pracy niewchodzące w strukturę Działów	206
CZĘŚĆ VI.....	207
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Zasobów i Logistyki	207
ROZDZIAŁ I	208
Postanowienia ogólne	208
ROZDZIAŁ II.....	209
Dział Kadr i Płac	209
ROZDZIAŁ III	213
Dział Zamówień Publicznych	213

ROZDZIAŁ IV.....	216
Dział Logistyki Szpitala.....	216
ROZDZIAŁ V.....	219
Kancelaria Ogólna.....	219
CZĘŚĆ VII.....	222
Postanowienia końcowe	222