

Regulamin Organizacyjny
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie
Tekst jednolity z dnia 16 czerwca 2025 r.

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 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.
2. - skreślony

§ 9

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

- a) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnościowego;
 - b) Kliniczny Oddział Transplantologii;
 - c) Kliniczny Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej;
 - d) Kliniczny Oddział Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej;
 - e) Kliniczny Oddział Otorinolaryngologii, 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) - skreślony
 - p) Kliniczny Oddział Neurologii;
 - q) Kliniczny Oddział Udarowy i Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej;
 - r) Kliniczny Oddział Rehabilitacji Neurologicznej II;
 - s) Kliniczny Oddział Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej;
 - t) Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa;
 - u) Kliniczny Oddział Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety;
 - v) Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka;
 - w) Kliniczny Oddział Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych;
 - x) Kliniczny Oddział Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Chorób Wewnętrznych;
 - y) Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - z) Pododdział Intensywnej Terapii Kardiologicznej;
 - aa) Kliniczny Oddział Chirurgii Naczyniowej;
 - bb) Oddział Onkologii Klinicznej i Chemioterapii;
 - cc) Kliniczny Oddział Ratunkowy;
 - dd) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii;
 - ee) Oddział Medycyny Nuklearnej;
 - ff) Oddział Wieloprofilowy Zachowawczy;
 - gg) 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;
- 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 Żywieniowego;
 - 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 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 Operacji,
 - 2) ds. Medycznych,
 - 3) ds. Infrastruktury i Inwestycji.
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) Naczelną Pielęgniarką,
 - 3) Główny Księgowy:
 - a) Dział Finansowo-Księgowy,
 - 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) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
 - 9) Centrum Innowacyjnych Terapii,
 - 10) Inspektorzy Ochrony Radiologicznej,
 - 11) Inspektor ds. Obrony Cywilnej,
 - 12) Zespół ds. BHP,
 - 13) Inspektor Ochrony Danych,
 - 14) 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, spraw związanych z przekształceniem USK Nr 4 w Lublinie, dotyczących działalności podstawowej USK Nr 4 w Lublinie.

§ 15¹

1. Dyrektor Szpitala powołuje Radę Kliniczną, która jest organem opiniodawczo-doradczym Dyrektora.
2. W skład Rady wchodzi Kierownicy Klinik/Lekarze Kierujący Oddziałami oraz inne osoby kierujące komórkami organizacyjnymi działalności medycznej.
3. Radzie Klinicznej przewodniczy Dyrektor USK Nr 4 w Lublinie 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) innych sprawach, wymagających konsultacji z Radą Klinikzną w ocenie Dyrekcji.
5. Posiedzenia Rady Klinicznej podlegają protokołowaniu i przekazywaniu Prorektorowi ds. Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
 6. Członkowie Rady Klinicznej zobowiązani są do osobistego uczestnictwa w posiedzeniach Rady. Nie przysługują im uprawnienia do delegowania osób w zastępstwie w posiedzeniach Rady.
 7. Organizowanie posiedzeń Rady odbywać się będzie nie rzadziej niż raz na kwartał.

2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji

§ 16

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji 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 Operacji podlega Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.
3. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji umocowany jest z upoważnienia 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 upoważnienia.
4. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji 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.

§ 17

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

§ 18

Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji podlegają komórki organizacyjne:

- 1) Dział Kadr i Płac:
 - a) Sekcja Spraw Pracowniczych,
 - b) Sekcja Płac,
 - c) Sekcja Szkoleń,
- 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 Kontrolingu i Analiz,
- 5) Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji,
- 6) Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych,
- 7) Dział Zamówień Publicznych,
- 8) Dział Logistyki Szpitala,
- 9) Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego,
- 10) Dział Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych,
- 11) Kancelaria Ogólna.

§ 19

Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji 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) planowanie, organizowanie, zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań przez podległych pracowników i podległe komórki organizacyjne oraz ich nadzór,
- 13) koordynacja pracy podległych komórek organizacyjnych z innymi jednostkami organizacyjnymi,
- 14) nadzór nad zgodnym z przepisami i terminowym wykonywaniem przez pracowników powierzonych im zadań i obowiązków oraz nadzór nad dyscypliną pracy,
- 15) informowanie przełożonego o ważniejszych problemach i wynikach pracy,
- 16) dokonywanie oceny pracy podległych pracowników oraz ich motywowanie,
- 17) planowanie, nadzór nad procesem podnoszenia kwalifikacji podległego personelu,
- 18) nadzór nad utrzymaniem jakości wykonywanej pracy zgodnie z ustalonymi standardami i procedurami,
- 19) ustalanie zakresów czynności, obowiązków i uprawnień podległych pracowników,
- 20) nadzór nad opracowywaniem sprawozdań i informacji przez podległe komórki organizacyjne w określonym zakresie i terminach,
- 21) egzekwowanie przestrzegania przez pracowników przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 22) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń medycznych, standardów akredytacyjnych oraz ISO,
- 23) stała analiza kształtowania się okresowych wskaźników ekonomicznych w zakresie realizacji planu gospodarczego, realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, norm finansowych i ich wzajemnej korelacji,
- 24) sporządzanie i przekazywanie informacji z zakresu kosztów,
- 25) 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,
- 26) 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,
- 27) w zakresie gospodarki żywnościowej – nadzorowanie efektywnego wykorzystywania kwot przeznaczonych na żywienie chorych.

§ 20

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

§ 21

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

3. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych

§ 22

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 z upoważnienia 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 upoważnienia.
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.

§ 23

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

§ 24

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) Ośrodki Opieki Pozaszpitalnej,
- 7) Ośrodek Kwalifikacji Do Przeszczepiania Nerek,
- 8) Blok Operacyjny,
- 9) Apteka,
- 10) Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej z Sekcją Statystyków Medycznych,
- 11) Dział Sterylizacji,
- 12) Dział Krwiolecznictwa,
- 13) Dział Nadzoru Sanitarno- Epidemiologicznego,
- 14) - skreślony
- 15) Transfuzjolog Szpitalny,
- 16) - skreślony
- 17) - skreślony
- 18) Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna,
- 19) Dział Dietetyki,
- 20) Pełnomocnik Dyrektora ds. Koordynacji Procesów Medycznych,
- 21) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej,
- 22) Archiwum Centralne,
- 23) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.

§ 25

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 Kierownikami Klinik/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/Klinik 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.

§ 26

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

§ 27

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.

§ 28

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 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.

§ 29

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,
- 4) Dział Usług Niemedycznych,
- 5) Dział Administracyjno-Gospodarczy,
- 6) Inspektor p. poż. i konserwator sprzętu.

§ 30

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 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,
- 9) organizowanie oraz nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych,

- 10) nadzór nad prowadzonymi inwestycjami, prawidłowym przebiegiem, rozliczenia inwestycji,
- 11) prowadzenie polityki Systemu Zarządzania Jakością w USK Nr 4 w Lublinie w Lublinie i sprawowanie nad nią nadzoru,
- 12) monitorowanie i stały nadzór nad utrzymaniem wysokich standardów jakości udzielanych świadczeń medycznych, standardów akredytacyjnych oraz ISO,
- 13) nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków transportowych,
- 14) nadzór nad utrzymaniem pomieszczeń USK Nr 4 w Lublinie i jego otoczenia w należytym porządku i czystości.

§ 31

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.

§ 32

Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji umocowany jest z upoważnienia 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 upoważnienia.

§ 33

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

4a. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością

- uchylony

4b. Pełnomocnik Dyrektora ds. Innowacji i Rozwoju

- uchylony

5. Główny Księgowy

§ 34

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

§ 35

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.

§ 36

Głównemu Księgowemu podlega Dział Finansowo-Księgowy.

§ 37

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.

§ 38

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

§ 39

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.

§ 40

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.

§ 41

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

6. Naczelna Pielęgniarka

§ 42

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

§ 43

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.

§ 44

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) inspektora ds. mortalitarnych,
 - 7) edukatora ds. diabetologii,
 - 8) - skreślony
 - 9) kierownika Działu Żywienia,
 - 10) starszego inspektora ds. administracyjnych.
2. Pośrednio Naczelnej Pielęgniarence podlegają wszystkie pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, technicy medyczni, 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.

§ 45

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 pielęgniarskich,
- 6) nadzór i koordynacja prac podległego personelu, ustalanie zakresu obowiązków i uprawnień na poszczególnych stanowiskach pracy,

- 7) inicjowanie prac nad opracowywaniem standardów opieki pielęgniarskiej i nadzór nad ich wdrażaniem,
- 8) wprowadzanie optymalnych metod pielęgnowania i dokumentowania czynności pielęgniarskich,
- 9) ocena jakości świadczeń pielęgniarskich.

§ 46

Naczelna Pielęgniarka koordynuje współdziałanie kierowniczej kadry pielęgniarskiej, 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 pielęgniarskiej.

§ 47

Naczelna Pielęgniarka 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 pielęgniarskiej zapewniający wysoką jakość świadczeń medycznych oraz bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego,
- 3) rozwój zawodowy podległych pracowników oraz koordynowanie doskonalenia zawodowego.

§ 48

Naczelna Pielęgniarka jest zobowiązana do składania określonych informacji o stanie opieki pielęgniarskiej i o rozwoju kadry pielęgniarskiej Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 49

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

7. Stanowiska kierownicze

§ 50

1. Kliniką 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

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.
8. - skreślony

§ 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.
3. - skreślony

§ 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. - skreślony
3. 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.
4. Przechowywanie zwłok w chłodni powyżej 72 godzin od zgonu jest odpłatne. Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu określa cennik usług z tytułu przechowywania zwłok.

§ 14¹

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

ROZDZIAŁ II

Lecznictwo ambulatoryjne

§ 14²

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 § 27,
 - 5) - skreślony
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.

§ 14³

1. Komórkami organizacyjnymi, o których mowa w § 14² ust. 2, kieruje Kierownik Poradni we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową oraz lekarzami kierującymi oddziałami szpitalnymi, z wyłączeniem Poradni Leczenia Żywnościowego podległej osobie wyznaczonej przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie do koordynowania działań Ośrodka Odżywiania Klinicznego, o którym mowa w Rozdziale XXVIII zatytułowanym „Leczenie Żywnościowe”.
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,
 - 3) - skreślony
 5. Kierownikowi Poradni pośrednio podlegają wszystkie osoby świadczące pracę w komórkach organizacyjnych wskazanych w § 14².
 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 § 14².
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) referent,
 - 9) statystycy medyczni,
 - 10) sekretarka medyczna.

1. Poradnie Specjalistyczne

§ 15

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

§ 16

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.

§ 17

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 nie posiadające uprawnień do bezpłatnej opieki medycznej mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradniach na zasadach odpłatności.

§ 18

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

§ 19

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.

§ 20

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.

§ 21

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 leczenia i profilaktycznych,
- 5) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 22

Poradnie prowadzą wymaganą przepisami prawa dokumentację medyczną.

§ 23

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

§ 24

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 deklarację 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.

§ 25

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 musi być poprzedzone rejestracją pacjenta, osobistą lub telefoniczną bądź osobą reprezentującą pacjenta po okazaniu dokumentu tożsamości z numerem PESEL.

§ 26

Personel POZ stanowią:

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

3. Rejestracje

§ 27

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 Gruźlicy 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 informację 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.

§ 28

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 rachunków/ faktur osobom przyjmowanym w poradniach, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych oraz sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych rachunków/ 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 poradniach,
 - 6) udostępnianie pacjentom kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej.

2. Do zadań Rejestracji Poradni Gruźlicy 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 rachunków/faktur osobom przyjętym w poradniach, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych rachunków/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 rachunków/ faktur osobom przyjmowanym w poradniach, które nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz sporządzanie miesięcznych zestawień wystawionych rachunków/ 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.

§ 28¹

1. Organizacją pracy Rejestracji zarządza Zastępca Kierownika Poradni ds. Rejestracji.
2. Pozostały personel Rejestracji stanowią:
 - 1) w Rejestracji zlokalizowanej w budynku Poradni Specjalistycznych:
 - a) statystyk medyczny ds. rejestracji,
 - b) statystyk medyczny ds. rejestracji i obsługi punktu kasowego,
 - c) statystyk medyczny ds. rozliczeń,
 - d) statystyk medyczny ds. archiwum,
 - 2) w Rejestracji Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Poradni Alergii Oddechowej: statystyk medyczny ds. rejestracji i obsługi punktu kasowego,
 - 3) w Rejestracji Poradni Neurochirurgicznej oraz Poradni Rehabilitacyjnej: statystyk medyczny ds. rejestracji i obsługi punktu kasowego.

4. Zespół do Spraw Rozliczeń

- uchylony

ROZDZIAŁ III

Lecznictwo zamknięte

1. Oddziały Szpitalne/Kliniki

§ 29

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.

§ 30

- skreślony

§ 31

1. Hospitalizacji w Oddziałach/Klinikach 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.

§ 32

1. Przyjęcie do Oddziału/Kliniki 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.

§ 33

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

§ 34

1. Z chwilą przyjęcia do Oddziału/Kliniki - pacjent zapoznaje się z organizacją Oddziału/Kliniki i jego topografią, uzyskuje informacje o możliwości kontaktu z lekarzem prowadzącym oraz o przysługujących pacjentowi prawach (broшура informacyjna).

2. Badanie w celu ustalenia rozpoznania jak również leczenia pacjenta jest przeprowadzane niezwłocznie po przyjęciu chorego do Szpitala.
3. Rozkład dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania chorych uwzględnia godziny obchodów lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziałów m.in. spożywanie posiłków przez chorych, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych, mierzenie ciepłoty ciała, tętna itp.
4. W porze przeznaczanej na posiłki dla chorych nie przeprowadza się badań i zabiegów z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki.

§ 35

1. Oddział/Klinika 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.

§ 36

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.

§ 37

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 dokonany zabieg,
- 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.

§ 38

Chorzy 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.

§ 39

Odwiedzanie chorych na oddziałach odbywa się we wszystkie dni tygodnia, z wyjątkiem ograniczeń wynikających z zagrożeń epidemiologicznych.

§ 40

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

§ 41

1. Wypisowi z Oddziału/Kliniki 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 nie opuszczający Szpitala lub osoba na której w stosunku do pacjenta ciąży obowiązek alimentacyjny – ponosi koszty pobytu, poczynwszy od dnia, w którym pacjent podlegał wypisowi.

§ 42

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-pielęgniarskich, 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/Klinika uzgadnia transport chorego karetką (w uzasadnionych przypadkach) lub kontaktuje się z rodziną chorego w sprawie transportu.
4. W uzasadnionych przypadkach – pielęgniarka zobowiązana jest do nawiązania kontaktu z pielęgniarką środowiskową w sprawie dalszej opieki nad pacjentem.

§ 43

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.

§ 44

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

§ 45

1. Lekarze Oddziału/Kliniki 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. Historie choroby pacjenta wypisanego, zakończoną i podpisaną 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.

§ 46

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 funkcje lekarza kierującego Oddziałem.
3. - skreślony
4. Pozostały personel Oddziału/ Kliniki stanowią:
 - 1) zastępca lekarza kierującego Oddziałem pełniącego funkcję Kierownika Kliniki,
 - 2) starsi asystenci,
 - 3) asystenci,

- 4) młodzi 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

§ 47

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.

§ 48

1. W Klinikum Oddziale Sztucznej Nerki udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie hemodializ chorym z terminalną niewydolnością nerek własnych.
2. Kwalifikacji chorego 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 § 50 ust. 4.

§ 49

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.

§ 50

1. Świadczenia w zakresie hemodializ przewlekłych udzielane są w systemie zmianowym, uwzględniając 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 Kliniki Nefrologii podejmują działania w celu zapewnienia pacjentowi miejsca w Stacji Dializ innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

§ 51

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.

§ 52

1. Kliniknym 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 Klinice Nefrologii oraz personel pielęgniarski Oddziału.
3. Nadzór nad średnim personelem medycznym Oddziału sprawuje Oddziałowa Kliniki Nefrologii.

§ 53

Lekarze zatrudnieni w Kliniknym Oddziale Sztucznej Nerki udzielają również świadczeń zdrowotnych w Poradni Nefrologicznej, nad którą nadzór medyczny sprawuje Kierownik Kliniki Nefrologii.

§ 54

1. Klinikny Oddział Sztucznej Nerki współpracuje z:
 - 1) komórkami organizacyjnymi działalności diagnostycznej - w zakresie zlecanych badań diagnostycznych,
 - 2) innymi Oddziałami/Klinikami - w zakresie niezbędnych konsultacji,
 - 3) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej - w zakresie spraw związanych z ruchem chorych,
 - 4) z Centralnym Archiwum - w zakresie spraw związanych z archiwizowaniem i udostępnianiem dokumentacji medycznych na zasadach, w trybie określonym w części II niniejszego Regulaminu.
2. Klinikny 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 Kobiecych

§ 54¹

1. W Klinicznym Oddziale Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiecych, 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 Kobiecych 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.

ROZDZIAŁ IV

Blok Operacyjny

§ 55

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.

§ 56

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

§ 57

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

ROZDZIAŁ V

Kliniczny Oddział Ratunkowy, Centrum Urazowe i Izby Przyjęć

1. Kliniczny Oddział Ratunkowy – zasady ogólne

§ 67

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.

§ 68

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:
 - 1) dwie sale operacyjne z pełnym wyposażeniem,
 - 2) - skreślony
 - 3) - skreślony
 - 4) - skreślony

§ 68¹

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.

§ 69

1. Świadczenia w ramach KOR udzielane są pacjentom zgłaszającym się do szpitala i legitymującym się:
 - 1) dokumentem identyfikującym z nr PESEL w celu ustalenia ich prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) - skreślony
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.
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.

§ 70

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 łózkowa).

5. Za organizację każdego dnia wg stanu na godz. 8:00 należynej 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 łózkowa, 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.

§ 71

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.

§ 72

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).

§ 73

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.

§ 74

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.

§ 75

1. Nadzór fachowy nad pacjentem KOR-u pełni lekarz dyżurny do momentu rozpoznania schorzenia i przekazania chorego na Oddział/Klinikę lub wewnętrznie lekarza konsultującego i pozostawienie chorego pod jego opieką.
2. Lekarze KOR uprawnieni są do korzystania z konsultacji dyżurnych specjalistów z wszystkich Oddziałów/Klinik USK Nr 4 w Lublinie oraz w razie potrzeby konsultacji zlecanych 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.

§ 76

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 Kliniki/ Oddziału do którego pacjent jest kierowany.

§ 77

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.

§ 78

1. Klinicznym 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

§ 78¹

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.

§ 78²

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

§ 78³

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

§ 79

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) - skreślony
 - 5) zapoznanie pacjenta z Kartą Praw Pacjenta, z wyjątkiem pacjentów, których stan zdrowia uniemożliwia świadome zapoznanie się z informacjami o przysługujących im uprawnieniach,
 - 6) dostarczenie bielizny szpitalnej, pomoc w przebraniu na życzenie pacjenta,
 - 7) spisanie i zabezpieczenie ubrania pacjenta i innych rzeczy osobistych oraz przekazanie ich do magazynu rzeczy chorych,
 - 8) pomoc przy toalecie na życzenie pacjenta,
 - 9) 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

§ 80

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/klinik ginekologiczno-położniczych.

§ 81

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.

§ 82

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.

§ 83

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) - skreślony
 - 6) zapoznanie pacjentki z Kartą Praw Pacjenta, z wyjątkiem pacjentek, których stan zdrowia uniemożliwia świadome zapoznanie się z informacjami o przysługujących im uprawnieniach,
 - 7) ocena stanu higienicznego pacjentki,
 - 8) dostarczenie bielizny szpitalnej, pomoc w przebraniu na życzenie pacjentki,
 - 9) spisanie i zabezpieczenie ubrania pacjentki i innych rzeczy osobistych oraz przekazanie ich do magazynu rzeczy chorych,
 - 10) pomoc przy toalecie na życzenie pacjentki,
 - 11) 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.

§ 84

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).

§ 85

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.

§ 86

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.

§ 87

1. Izbą Przyjęć Ginekologiczno-Położniczą kieruje lekarz kierujący Kliniką 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 VI

Zakłady i Pracownie

1. Pracownie z obszaru kardiologii i kardiochirurgii

Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki i Ambulatoryjnej Opieki Kardiologicznej

§ 88

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.

§ 89

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”).

§ 90

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.

§ 91

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.

§ 92

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

§ 93

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.

§ 93¹

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.

§ 93²

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.

§ 93³

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).

§ 93⁴

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.

§ 93⁵

1. W dniu badania pacjent przekazywany jest przez pielęgniarkę z oddziału w bieliźnie 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.

§ 93⁶

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.

§ 93⁷

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.

§ 93⁸

1. Pracownia Hemodynamiki 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 o każdej porze.
2. Cały personel jest zobowiązany do dbania o powierzony im sprzęt służący wykonywaniu zabiegów.

§ 93⁹

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.

§ 93¹⁰

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 strzykawki 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

§ 93¹¹

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.

§ 93¹²

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.

§ 93¹³

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.

§ 93¹⁴

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.

§ 93¹⁵

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.

§ 93¹⁶

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.

§ 93¹⁷

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.

§ 93¹⁸

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 Kliniką 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.

§ 93¹⁹

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.

§ 93²⁰

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

§ 93²¹

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.

§ 93²²

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.

§ 93²³

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.

§ 93²⁴

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.

§ 93²⁵

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.

§ 93²⁶

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

§ 93²⁷

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

§ 93²⁸

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.

§ 93²⁹

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 Kliniknym 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.

§ 93³⁰

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.

§ 93³¹

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

§ 93³²

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 Klinicznemu Oddziałowi Kardiologii, wraz z pomieszczeniami pomocniczymi.

§ 93³³

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 Kardiologii lub osoba przez niego wskazana w danym dniu.

§ 93³⁴

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 kardiologiczno-anestezjologiczno-kardiologiczne (Heart Team).
3. Konsylium Heart Team prowadzi Lekarz Kierujący Oddziałem Kardiologii lub, w razie jego nieobecności, osoba przez niego wskazana.

§ 93³⁵

1. Za organizację pracy zespołu lekarskiego odpowiada Lekarz Kierujący Oddziałem Kardiologii, personelu pielęgniarskiego - Oddziałowa Kliniczna Oddziału Kardiologii, 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 kardiologów.
3. W trakcie prowadzenia mechanicznego wspomagania krążenia do pacjenta powinna być przydzielona jedna pielęgniarka z Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii/ Pododdziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej, na którym przebywa pacjent, a na terenie Szpitala powinien być dostępny jeden perfuzjonista i jeden lekarz kardiolog.
4. Harmonogram pracy zespołu lekarskiego i perfuzyjnego ustala Lekarz Kierujący Kliniką Oddziałem Kardiologii lub osoba przez niego wskazana w przypadku jego nieobecności.

§ 93³⁶

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 Kliniką Oddziałem Kardiologii.
2. Wyniki badań naukowych w całości lub ich fragmenty nie mogą być publikowane bez wiedzy i zgody Lekarza Kierującego Kliniką Oddziałem Kardiologii.

§ 93³⁷

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.

§ 93³⁸

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 sprzątanie 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.

§ 93³⁹

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.

§ 93⁴⁰

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.

§ 93⁴¹

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.

§ 93⁴²

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. Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii

§ 94

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
- 3) Ultrasonograficznej – obrazowe badania diagnostyczne i zabiegi z zakresu radiologii zabiegowej (nefrostomia, odbarczanie dróg żółciowych, drenaże ropni, opróżnianie torbieli i inne).

§ 95

1. Świadczenia w pracowniach: Angiograficznej i Ultrasonograficznej wykonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 13⁰⁰
2. W Pracowni Rezonansu Magnetycznego usługi świadczone są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 22⁰⁰.

§ 96

1. Świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki udzielane są w dniu zgłoszenia. W innych przypadkach – w trybie odroczonym.
2. Okres oczekiwania na 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.

§ 97

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 w Lublinie oraz z gabinetów prywatnych (na zasadzie odpłatności).

§ 98

Wyniki badań wydawane są w dniu wykonania badania lub dnia następnego – od poniedziałku do piątku w godzinach: 8⁰⁰- 15⁰⁰.

§ 99

Personel Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii stanowią:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) Zastępca Kierownika Zakładu,
- 3) starszy asystent,
- 4) starszy asystent mgr inż.,
- 5) asystent,
- 6) Kierownik Zespołu Techników Rtg,
- 7) Zastępca Kierownik Zespołu Techników Rtg,
- 8) technicy Rtg,
- 9) pielęgniarki instrumentariuszki,

- 10) starszy statystyk medyczny,
- 11) rejestratorka medyczna,
- 12) salowa/sanitariuszka,
- 13) sekretarka medyczna.

3. Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej

§ 100

1. W strukturze Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej funkcjonują:
 - 1) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - 2) gabinety do klasycznych badań rentgenowskich,
 - 3) - skreślony
 - 4) Pracownia Ultrasonografii,
 - 5) gabinety badań izotopowych i terapii izotopowej,
 - 6) gabinet radioimmunologiczny,
 - 7) gabinet radiofarmakologiczny.
2. Działalność pracowni badań i terapii izotopowej, 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 izotopowe w tym pozytonowa tomografia emisyjna (PET),
 - 6) terapia izotopowa,
 - 7) izotopowe badania pozaustrojowe.

§ 101

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.

§ 102

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, izotopowych 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.

§ 103

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).

§ 104

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 7⁰⁰ do 15⁰⁰ od poniedziałku do piątku.
3. Wyniki badań radiologicznych i izotopowych 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.

§ 105

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) technicy elektroradiologii,
- 6) pielęgniarki,
- 7) radiofarmaceuci,
- 8) fizycy,
- 9) diagności laboratoryjni (biolodzy),
- 10) technicy analityki medycznej,
- 11) rejestratorzy (statystycy medyczni),
- 12) sekretarki medyczne.

§ 106

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

4. Pracownia Bronchoskopii

§ 107

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.

§ 108

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.

§ 109

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

§ 110

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

§ 111

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 pracownie.

§ 112

Pracownie Bronchoskopowe obsługiwane są przez personel Oddziału/Klinik:

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

5. Pracownia EEG

§ 113

Pracownia EEG funkcjonuje w ramach Klinicznego Oddziału Neurologii.

§ 114

W Pracowni EEG wykonywane są następujące rodzaje badań EEG:

- 1) standardowe (rutynowe) badania EEG, badania z innych Klinik USK Nr 4 w Lublinie, badania po deprywacji snu z innych Klinik 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.

§ 115

1. 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/Klinik Szpitala na wniosek lekarza neurologa – konsultanta.
2. -skreślono

§ 116

Badania EEG wykonywane są w dni pracujące, w godzinach od 8¹⁵⁻³⁰ do 14⁰⁰ (Pracownia jest czynna w godz. 7^{30-15⁰⁵}).

§ 117

Wyniki dla pacjentów z Poradni Neurologicznej wydawane są pielęgniarcze 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/Klinik odbierane są w Pracowni przez personel danego Oddziału/Kliniki.

§ 118

Personel pracowni EEG stanowią pracownicy szpitalni Klinicznego Oddziału Neurologii:

- 1) Kierownik Pracowni EEG,
- 2) młodszy asystent,
- 3) technik.

6. Pracownia Endoskopii

§ 119

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

§ 120

Bezpośredni nadzór nad działalnością Pracowni sprawuje Kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii.

§ 121

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.

§ 122

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.

§ 123

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

§ 124

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

7. Pracownia Ultrasonografii

§ 125

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.

§ 126

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

§ 127

1. Do podstawowych zadań Pracowni Ultrasonografii (Zakład 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 przyłóżkowych.
2. Do podstawowych zadań Pracowni Ultrasonografii (Zakład 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.

§ 128

Badania ultrasonograficzne w Zakładach wykonywane są u chorych hospitalizowanych w Oddziałach/Klinikach 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.

§ 129

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/Klinik.

§ 130

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

§ 131

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.

§132

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

8. Zakład Fizjoterapii

§ 133

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.

§ 134

Zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane są na podstawie:

- 1) zlecenia lekarskiego, wystawionego przez uprawnionych lekarzy zgodnie z umową z LOW NFZ dla pacjentów ambulatoryjnych i pacjentów szpitala USK Nr 4 w Lublinie,
- 2) indywidualnych lub grupowych zleceń odpłatnych.

§135

1. Udzielenie świadczenia poprzedzone jest rejestracją dokonaną osobiście przez pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta w godzinach 7⁰⁰-17³⁵.
2. Rejestracja Zakładu mieści się w budynku Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji i Kliniki Neurochirurgii na poziomie „-1”.
3. Osoby, które mają wykonywane zabiegi na podstawie skierowania zobowiązane są do pozostawienia zlecenia w Zakładzie oraz przedstawienia dowodu osobistego z numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta oraz dokument potwierdzający 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.

§ 136

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

§ 137

1. Pacjent ze skierowaniem zgłasza się do rejestracji Zakładu, gdzie wpisywany jest w księdze „rejestrów pacjentów oczekujących” i ustalany jest termin zabiegów oraz otrzymuje informacje o rozpoczęciu fizjoterapii.
2. W dniu rozpoczęcia zabiegów, pacjenci otrzymują kartę zabiegową.

§ 138

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

- 1) fizykoterapii (obok rejestracji Zakładu)
- 2) hydroterapii (budynek główny poziom „0”)
- 3) kinezyterapii (budynek główny – sala gimnastyczna II p, basen, sala gimnastyczna, pokój masażysty – poziom „0”).

§ 139

1. Zakład Fizjoterapii pracuje w systemie dwuzmianowym od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰-19⁰⁰.
2. Dla poszczególnych grup pacjentów (NFZ, Oddziały/Kliniki, ZUS i inni) są wyznaczone godziny przyjęć.

§ 140

W Zakładzie są zatrudnione osoby na stanowiskach:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) Zastępca Kierownika Zakładu,
- 3) młodszy asystent fizjoterapii,
- 4) starszy fizjoterapeuta,
- 5) starszy technik masażysta,
- 6) statystyk medyczny,
- 7) ratownik wodny,
- 8) rejestratorka.

9. Ośrodek Rehabilitacji Diennej

§ 140¹

Ośrodek Rehabilitacji Diennej udziela świadczeń w zakresie:

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

§ 140²

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

§140³

1. Udzielenie świadczenia poprzedzone jest rejestracją dokonaną osobiście przez pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta w godzinach 7⁰⁰-17³⁵.
2. Rejestracja Ośrodka Rehabilitacji Diennej mieści się w budynku Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji i Kliniki Neurochirurgii na poziomie „-1”.
3. Osoby, które mają wykonywane zabiegi na podstawie skierowania zobowiązane są do pozostawienia zlecenia w Ośrodku oraz przedstawienia dowodu osobistego z numerem PESEL i adresem zamieszkania pacjenta oraz dokument potwierdzający ubezpieczenie.

§140⁴

Po zakończeniu fizjoterapii Ośrodek wydaje kartę informacyjną o odbytych zabiegach.

§140⁵

1. Pacjent ze skierowaniem zgłasza się do rejestracji Ośrodka, gdzie wpisywany jest w księdze „rejestrów pacjentów oczekujących” i ustalany jest termin zabiegów oraz otrzymuje informacje o rozpoczęciu fizjoterapii.
2. W dniu rozpoczęcia realizacji świadczenia, pacjent odbywa wizytę lekarską i otrzymuje kartę zabiegową.

§140⁶

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

- 1) fizykoterapii (obok rejestracji Zakładu Fizjoterapii)
- 2) hydroterapii (budynek główny poziom „0”)
- 3) kinezyterapii (budynek główny – sala gimnastyczna II p., basen, sala gimnastyczna, pokój masażysty – poziom „0”).

§140⁷

1. Ośrodek Rehabilitacji Diennej pracuje w systemie dwuzmianowym od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰- 19⁰⁰.
2. Dla poszczególnych grup pacjentów (NFZ, Oddziały/Kliniki, ZUS i inni) są wyznaczone godziny przyjęć.

W Ośrodku są zatrudnione osoby na stanowiskach:

- 1) młodszy asystent fizjoterapii
- 2) starszy fizjoterapeuta
- 3) starszy technik fizjoterapii
- 4) starszy technik masażysta
- 5) statystyk medyczny
- 6) ratownik wodny
- 7) rejestratorka.

10. II Zakład Fizjoterapii

§ 140⁹

1. II Zakład Fizjoterapii udziela świadczeń w zakresie:
 - 1) udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w ramach kompleksowej rehabilitacji narządu ruchu,
 - 2) usprawniania pacjentów przebywających na Oddziałach/Klinikach,
 - 3) indywidualnego podejścia do potrzeb każdego pacjenta, precyzyjne, kompleksowe i wielokierunkowe działanie.
2. Dbając o wysoki poziom świadczonych usług i mając na uwadze skuteczność postępowania rehabilitanci stosują powszechnie znane i szanowane metody terapeutyczne.

§ 140¹⁰

Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na podstawie zlecenia lekarskiego, wystawionego przez uprawnionego lekarza danego Oddziału/Kliniki Szpitala USK Nr 4 w Lublinie.

§ 140¹¹

1. Realizacja świadczeń fizjoterapeutycznych odbywa się na terenie USK Nr 4 w Lublinie.
2. Po wykonanym zleceniu pacjent oraz terapeuta zobowiązani są do własnoręcznego podpisu karty zabiegowej, a terapeuta – do wprowadzenia jej do systemu szpitalnego AMMS.

§ 140¹²

II Zakład Fizjoterapii pracuje w systemie jednozmianowym od poniedziałku do soboty.

§ 140¹³

W II Zakładzie Fizjoterapii są zatrudnione osoby na stanowiskach:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) Zastępca Kierownika Zakładu,
- 3) starszy fizjoterapeuta,
- 4) sekretarka
- 5) technik fizjoterapii.

11. Zakład Patomorfologii

§ 140¹⁴

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 blozków parafinowych wykonanych w innych podmiotach leczniczych,
- 7) badania autopsyjne.

§ 140¹⁵

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

§ 140¹⁶

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.

§ 140¹⁷

Badania histopatologiczne na rzecz innych podmiotów leczniczych wykonywane są na zasadzie odpłatności w oparciu o obowiązujący w USK Nr 4 w Lublinie cennik.

§ 140¹⁸

1. Badania histopatologiczne wykonywane są w Zakładzie Patomorfologii w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 7³⁰-14³⁰.
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.

§ 140¹⁹

Materiał do badań histopatologicznych przyjmowany jest wyłącznie na podstawie skierowania na badanie. Osobą uprawnioną do zlecania badań histopatologicznych są wyłącznie lekarze.

§ 140²⁰

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.

§ 140²¹

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 lekarza patomorfologa sporządzającego wynik badania.

§ 140²²

Po zakończeniu badań wyniki przekazywane są do podmiotu zlecającego.

§ 140²³

Odpisy wyników (kopie) wydawane są wyłącznie na wniosek jednostek kierujących na badanie.

§ 140²⁴

Drogą teleinformatyczną informacje związane z częścią kliniczną badań histopatologicznych przekazywane są wyłącznie uprawnionym podmiotom.

§ 140²⁵

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

§ 140²⁶

Wyniki i dokumentacja badań histopatologicznych jest archiwizowana z uwzględnieniem wymogów przepisów o dokumentacji medycznej.

§ 140²⁷

Bloczki parafinowe i preparaty histologiczne udostępniane są do konsultacji i do przeprowadzania badań dodatkowych wyłącznie na pisemny wniosek podmiotu leczniczego. 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.

§ 140²⁸

W Zakładzie Patomorfologii są zatrudnione osoby na stanowiskach:

- 1) Kierownik Zakładu,
- 2) lekarz,
- 3) technik,
- 4) laborant.

12. Pracownia Neurochemii i Biologii Molekularnej

§ 140²⁹

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

§ 140³⁰

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.

§ 140³¹

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.

§ 140³²

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.

§ 140³³

1. Wyniki badań dla pacjentów z Poradni Neurologicznej wydawane są pielęgniarkę 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.

§ 140³⁴

Personel Pracowni Neurochemii i Biologii Molekularnej stanowią diagności laboratoryjni.

ROZDZIAŁ VII

Dział Sterylizacji

§ 141

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

§ 142

Działem Sterylizacji kieruje Kierownik oraz jego zastępca.

§ 143

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) dekontaminacja pomieszczeń medycznych szpitala metodą fumigacji.

§ 144

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

§ 145

W Dziale Sterylizacji wyodrębnia się trzy strefy: brudną, czystą i sterylną, rozdzielone śluzami umywalkowo – fartuchowymi.

§ 146

-skreślony

§ 147

Dla zapewnienia ciągłości realizacji zadań Dział Sterylizacji świadczy usługi w następujących godzinach:

- 1) zmiana dzienna w godz. 7⁰⁰-19⁰⁰
- 2) zmiana nocna w godz. 19⁰⁰-7⁰⁰.

§ 148

Personel Działu Sterylizacji stanowią:

- 1) Kierownik Działu Sterylizacji,
- 2) Zastępca Kierownika,
- 3) specjalista do spraw sterylizacji,
- 4) starsza referentka,
- 5) operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych,
- 6) dezynfektor.

§ 149

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.

§ 150

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

§ 151

1. Przekazany sprzęt poddawany jest następnie w Dziale Sterylizacji obróbce technologicznej zgodnie z obowiązującymi procedurami.
2. Po przejściu wszystkich kroków technologicznej osi redukcji mikroorganizmów i pozytywnej weryfikacji poprawności przebiegu poszczególnych procesów, sterylny sprzęt zwalniany jest do użytkownika.
3. Czas obiegu sprzętu uzależniony jest od metody sterylizacji.

§ 152

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 Utrzymania Systemów Informatycznych,
- 16) Działem Usług Niemedycznych,
- 17) Działem Zarządzania Jakością i Akredytacji,
- 18) Audytorem Wewnętrznym,
- 19) Zespołem ds. BHP,
- 20) Sekcją Radców Prawnych,

- 21) Kancelarią Ogólną,
- 22) Działem Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego.

ROZDZIAŁ VIII

Apteka

§ 153

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) 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,
 - 36) informowanie w formie pisemnej Działu Eksploatacyjnego o zbliżającym się terminie zakończenia przeglądów technicznych w Aptece,
 - 37) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Apteki oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.
 - 38) prowadzenie rejestru zakupów poza umowami przetargowymi
 - 39) wprowadzanie do systemu BOSFLOW danych z faktur dla Działu Finansowo-Księgowego.
2. W strukturze Apteki wyodrębniono Pracownię Leków Cytostatycznych, której zadaniem jest przyjmowanie zleceń lekarskich na wykonanie leków cytostatycznych oraz ich realizację i wydanie zgodnie ze standardami jakościowymi farmacji onkologicznej.

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 prekursorzy osobom upoważnionym do ich odbioru (wydanie bezpośrednie),
- 8) wydają leki do programów lekowych i chemioterapii – odbiór osobisty, potwierdzony podpisem,
- 9) wydają leki spoza Receptariusza sprowadzane dla indywidualnych pacjentów – odbiór osobisty w Aptece, potwierdzony podpisem,
- 10) wydają leki sprowadzane w procedurze importu docelowego – odbiór osobisty w Aptece,
- 11) wydają leki uzyskiwane na podstawie wypełnionego, odpowiedniego formularza tj. albuminy i antybiotyki III grupy – odbiór osobisty w Aptece,
- 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 zapotrzebowania (recepty) 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.

§ 155

W zakresie przygotowania leków cytostatycznych pracownicy zatrudnieni w Pracowni Leków Cytostatycznych:

- 1) przyjmują zlecenia lekarskie na przygotowanie leku cytostatycznego dla konkretnego pacjenta,
- 2) sprawdzają poprawność zlecenia pod względem zleconej dawki i rodzaju rozpuszczalnika,
- 3) przygotowują etykiety zawierające m. in.: dane pacjenta, leku, operatora oraz datę i godzinę produkcji
- 4) w warunkach aseptycznych przygotowują leki cytostatyczne,
- 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 (arkusz EXCEL)

- 8) przygotowują rejestr pozostałości leków cytostatycznych dla konkretnego Oddziału (arkusz EXCEL),
- 9) nadzorują proces przekazania odpadów cytostatycznych do utylizacji.

§ 156

1. Do obowiązków Apteki należy przestrzeganie warunków przechowywania i zabezpieczania leków w Aptece.
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 przeterminowanych na Oddziałach – powiadomienie telefoniczne Oddziałów – do czasu przekazania do Apteki.
5. Apteka koordynuje przesunięcia międzymagazynowe (pomiędzy Oddziałami) środków odurzających i psychotropowych.

§ 157

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

§ 158

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

§ 159

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 przypadku produktów leczniczych należy rozpocząć proces tzw. serializacji zgodnie z wytycznymi tzw. Dyrektywy Antyfałszywkowej z dnia 09.02.2019 r.

§ 160

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.

§ 161

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.

§ 162

1. Apteka czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰-18⁰⁵.
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 Aptecce 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 telefonicznym 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 telefonicznym przyjeżdża na wezwanie w celu wydania leku.
10. W pracowni żywieniowej Apteki jest prowadzony dyżur w soboty w godzinach 8⁰⁰-14⁰⁰, w niedziele oraz w święta w godzinach 8⁰⁰- 13⁰⁰.

§ 163

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.

§ 164

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).

§ 165

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 Żywieniowego,
- 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 Apteczce 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 Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych oraz Działem Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego – 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.

§ 166

Stanowiska pracy w Aptece:

- 1) personel wykonujący obowiązki fachowe:
 - a) Kierownik,
 - b) Zastępca Kierownika ds. przetargów,
 - c) Zastępca Kierownika ds. bieżącej kontroli i nadzoru nad pracą Apteki,
 - d) Kierownik Pracowni Żywienia 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 IX

Sekretariaty medyczne

§ 167

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

§ 168

1. Sekretariaty medyczne wykonują prace kancelaryjne w zakresie określonym w obowiązującej „Instrukcji Kancelaryjnej”.
2. W szczególności do obowiązków pracowników sekretariatów należy:
 - 1) przyjęcie korespondencji bieżącej w księdze korespondencyjnej,
 - 2) podział korespondencji zgodnie z dyspozycjami lekarza kierującego Oddziałem/ Kierownika Kliniki/Zakładu,
 - 3) przygotowanie i prowadzenie korespondencji w zakresie ustalonym przez lekarza kierującego Oddziałem/ Kierownika Kliniki/Zakładu,
 - 4) ekspedycja pism wychodzących z Oddziału/Kliniki/Zakładu,
 - 5) prowadzenie rejestru spraw,
 - 6) przechowywanie akt spraw aktualnie załatwianych,
 - 7) prowadzenie zbioru wewnętrznych aktów prawnych i korespondencji Oddziału/ Kliniki/Zakładu,
 - 8) prowadzenie dokumentacji dydaktycznej i naukowej Oddziału/ Kliniki/Zakładu,
 - 9) przepisywanie na komputerze pism, podań, wniosków, obsługa faksu,
 - 10) przygotowywanie i obsługa konferencji wewnątrzklucznych,
 - 11) prace związane z opieką dydaktyczną nad stażystami/studentami Oddziału/Kliniki/ Zakładu.
3. W zakresie zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Oddział/Klinikę/Zakład do obowiązków pracowników sekretariatów medycznych należy:
 - 1) zakładanie, rejestrowanie i przekazywanie do Archiwum dokumentacji medycznej,
 - 2) odbiór wyników badań z laboratorium, zakładów i pracowni diagnostycznych,
 - 3) prowadzenie książki oddziałowej (wpisy, wypisy chorych, kontrola kart statystycznych),
 - 4) zamawianie konsultacji,
 - 5) prowadzenie książki zabiegów operacyjnych, pisanie i roznoszenie rozkładów operacji,
 - 6) księgowanie leków z apteki,
 - 7) prowadzenie książki pacjentów oczekujących na hospitalizację/ badanie.

§ 169

W zakresie sposobu realizacji prac kancelaryjnych pracownicy sekretariatu kierują się zasadami określonymi w „Instrukcji Kancelaryjnej”.

ROZDZIAŁ X

Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej

§ 170

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 realizacji obowiązków związanych ze sprawdzaniem historii chorób pod względem kompletności.

§ 171

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 systemu EWUŚ,
- 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 do Sejmu/ Senatu (tworzenie wykazu pacjentów niezbędnego do aktualizacji spisu wyborców dla okręgu wyborczego tworzonego w Szpitalu),
- 10) współpraca w zakresie tłumaczenia formularzy zgód na języki obce.

§ 172

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,
- 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 mortuarne, godziny pracy urzędów itp.): opracowywanie informacji w tym zakresie i przekazywanie ich do Oddziałów,
 - c) nadzorowanie gromadzenia danych dotyczących zgonów w stanie terminalnym,
 - d) sprawozdawanie do Głównego Urzędu Statystycznego danych statystycznych urodzeń oraz martwych urodzeń i danych statystycznych z III części karty zgonu,
- 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) zlecanie do Działu Finansowo-Księgowego wystawienia faktur dla płatników (będących osobami prawnymi) za hospitalizacje 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.

§ 173

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 Utrzymania Systemów Informatycznych 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).

§ 174

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) - skreślony
- 5) przekazywanie danych z zakresu szpitalnej karty statystycznej do Państwowego Zakładu Higieny,
- 6) 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, awarie sprzętu, ograniczenia przyjęć),
 - d) Uniwersytetu Medycznego (zgodnie z aktualnie obowiązującymi wzorami),
 - e) Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 7) - skreślony
- 8) opracowywanie zestawień/ analiz na potrzeby akredytacji Szpitala.
- 9) wykonywanie zestawień na podstawie gromadzonych danych statystycznych na potrzeby innych komórek organizacyjnych.

§ 175

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.

§ 176

Pozostałe zadania Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej:

- 1) sprawdzanie faktur za badania wykonane poza Szpitalem na zlecenie lekarzy z USK Nr 4 w Lublinie (sprawdzenie czy pacjent był obecny w szpitalu, poradni w dniu wystawiania skierowania, czy badanie zostało wykonane na podstawie umowy podpisanej przez Szpital lub czy była uzyskana zgoda Dyrekcji na jego wykonanie),

- 2) gromadzenie danych dotyczących wykorzystania aparatury medycznej; sporządzanie comiesięcznych, zbiorczych zestawień w tym zakresie,
- 3) monitorowanie kompletności danych dotyczących oznaczenia procedur ICD-9 jako leczenie operacyjne/zachowawcze.

§ 177

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,
- 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) prowadzenie list oczekujących/harmonogramów przyjęć w jednostkach organizacyjnych Szpitala, w których w/w zadanie zostało powierzone statystykom medycznym pracującym w Sekcji Statystyków Medycznych,
- 7) rejestracja pacjentów (w tym weryfikacja uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych) do ambulatorium oddziału w jednostkach organizacyjnych Szpitala, w których w/w zadanie zostało powierzone statystykom medycznym pracującym w Sekcji Statystyków Medycznych,
- 8) pomoc personelowi medycznemu przy wdrażaniu nowych rozwiązań w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

§ 178

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

- 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 na oddziałach kardiologicznych do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych,
 - h) sprawozdawania harmonogramów przyjęć/list oczekujących,

- i) monitorowania kompletności danych wpisywanych w poszczególnych oddziałach w zakresie oznaczenia wskaźnika „zgon w stanie terminalnym”;
- 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 oraz Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych miesięcznych zestawień dotyczących płatników usług, które zostały udzielone hospitalizowanym pacjentom,
 - c) przekazywania kopii 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 świadczenia wykonane pacjentom USK Nr 4 w Lublinie przez inne jednostki (potwierdzanie hospitalizacji/daty porady) oraz 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 i Wsparcia Informatycznego oraz Działem Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych 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 Aparatury Medycznej w zakresie gromadzenia danych z komórek medycznych Szpitala, dotyczących wykorzystania aparatury medycznej (wskazanej przez Dział Aparatury Medycznej);
- 8) Działem Kontrolingu i Analiz w zakresie udostępniania gromadzonych danych;
- 9) Działem Krwiolecznictwa w zakresie aktualizacji danych osobowych pacjentów;

- 10) - skreślony
- 11) Działem Zarządzania Jakością i Akredytacji w zakresie opracowywania procedur akredytacyjnych oraz analiz/ zestawień dotyczących wykonania wybranych standardów akredytacyjnych;
- 12) Tłumaczem pracującym na zlecenie Szpitala w zakresie zleconych przez oddziały tłumaczeń formularzy zgód na języki obce.

§ 179

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.

§ 180

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 XI

Archiwum Centralne

- uchylony

ROZDZIAŁ XII

Medycyna Pracy

§ 186

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 ekspozowanych,
- 4) nadzorowanie szczepień ochronnych przeciw WZW B,
- 5) przeprowadzanie wizytacji stanowisk pracy.

§ 187

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

§ 188

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

§ 189

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

§ 190

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

§ 191

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

§ 192

Skład osobowy Poradni stanowią:

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

ROZDZIAŁ XIII

Główny Epidemiolog

- uchylony

ROZDZIAŁ XIV

Transfuzjolog Szpitalny

§ 199

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

§ 200

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.

§ 201

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).

§ 202

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

§ 203

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

ROZDZIAŁ XV

Dział Krwiolecznictwa

§ 204

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

§ 205

1. W skład Działu Krwiolecznictwa wchodzi:
 - 1) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
 - 2) Bank Krwi,
 - 3) -skreślony
2. Struktura zatrudnienia w Dziale Krwiolecznictwa:
 - 1) Kierownik Działu - pełniący jednocześnie funkcję Transfuzjologa Szpitalnego, odpowiedzialny za gospodarkę krwią w Szpitalu,
 - 2) Zastępcę Kierownika ds. Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej,
 - 3) Zastępcę Kierownika ds. Banku Krwi,
 - 4) pozostały personel Działu:
 - a) starszy asystent diagnostyki laboratoryjnej,
 - b) asystent diagnostyki laboratoryjnej,
 - c) młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej,
 - d) diagnosta laboratoryjny,
 - e) starszy technik analityki medycznej,
 - f) technik analityki medycznej,
 - g) starszy laborant diagnostyki laboratoryjnej,
 - h) pomoc laboratoryjna.
3. Działem Krwiolecznictwa kieruje Kierownik Działu podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
4. Zastępcę Kierownika ds. Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu.
5. Zastępcę Kierownika ds. Banku Krwi podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu.
6. Pozostały personel Działu Krwiolecznictwa podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu.

§ 206

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.

§ 207

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Działu 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.

§ 208

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

§ 209

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

§ 210

1. Dział Krwiolecznictwa świadczy usługi dla potrzeb Klinik/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) - skreślony
 - 5) - skreślony
 - 6) prowadzenie całej dokumentacji do powyższych czynności,
 - 7) 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 Klinik i 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 Klinik i Oddziałów Szpitala,
 - 5) zamawianie i wydawanie immunoglobuliny anty-D do immunoprofilaktyki poporodowej i śródciążowej,
 - 6) prowadzenie dokumentacji:
 - a) przychodów i rozchodów krwi i jej składników,
 - b) zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników,
 - c) innej koniecznej dokumentacji,
 - 7) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników.

4. - skreślony

§ 211

1. Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej kierowane są z Klinik/Oddziałów oraz Poradni Specjalistycznych i POZ próbki razem z odpowiednimi skierowaniami i zapotrzebowaniami.
2. Próbki są dostarczane przez personel Klinik /Oddziałów lub osobę odpowiedzialną za dostarczanie próbek (gońca).
3. Po wykonaniu badań wyniki umieszczane są w skrytkach poszczególnych Klinik/Oddziałów.
4. Przygotowywana krew oraz zamówione składniki krwi odbierane są z Banku Krwi przez osoby zatrudnione w Klinikach/Oddziałach Szpitala.

§ 212

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

ROZDZIAŁ XVI

Zastępca Naczelnej Pielęgniarki

- uchylony

ROZDZIAŁ XVII

Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego

§ 216

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

§ 217

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

§ 218

1. Dział współpracuje z Dyrekcją oraz z kierownictwem Klinik/Oddziałów i innych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych.
2. W szczególności do zadań Działu należy:
 - 1) nadzór nad całokształtem spraw sanitarno-epidemiologicznych wszystkich komórek organizacyjnych 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) nadzór nad realizacją gospodarki odpadami stałymi, powstającymi w Szpitalu,
 - 7) planowanie i podejmowanie decyzji o rozdziale środków dezynfekcyjnych i czystościowych,
 - 8) prowadzenie czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych w wyznaczonych klinikach i oddziałach oraz rejestracji czynników alarmowych.

§ 219

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

- 1) wydawania zaleceń pokontrolnych,
- 2) sprawdzania realizacji zaleceń.

§ 220

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) - skreślony
- 4) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej,
- 5) Poradnią Medycyny Pracy,
- 6) Działem Sterylizacji,
- 7) Apteką,
- 8) Działem Zamówień Publicznych,
- 9) Działem Administracyjno-Gospodarczym.

§ 221

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 XVIII

Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej

- uchylony

ROZDZIAŁ XIX

Audytor dokumentacji medycznej – starszy specjalista

- uchylony

ROZDZIAŁ XX

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

- uchylony

ROZDZIAŁ XXI

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

§ 233

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

§ 234

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

§ 235

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

§ 236

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

ROZDZIAŁ XXII

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

§ 237

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 XXIII

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

§ 238

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.

§ 239

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.

§ 240

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.

§ 241

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, 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, 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; faktury 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 podlegającą opłacie przed wyznaczonym dniem hospitalizacji, która może podlegać korekcie po zakończeniu procesu leczenia i ostatecznym ustaleniu kosztów leczenia.

§ 242

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 Księgowości.

§ 243

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 XXIV

Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 244

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. - skreślony
6. Cennik opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej określa załącznik Nr 1 do Regulaminu.

ROZDZIAŁ XXV

Dział Usług Medycznych i Rozliczeń

- uchylony

ROZDZIAŁ XXVI

Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia

Genetyczna

§ 254

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

§ 255

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

§ 256

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.

§ 257

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.

§ 258

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.

§ 259

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

§ 260

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

§ 261

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.

§ 262

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

§ 263

Personel Medycznego laboratorium diagnostycznego - Pracowni Genetycznej stanowią:

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

§ 264

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

§ 265

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

§ 266

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.

§ 267

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 XXVII

Dział Dietetyki

§ 268

Dział Dietetyki jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych oraz stanowi część funkcjonalną Ośrodka Odżywiania Klinicznego, o którym mowa w Rozdziale XXVIII zatytułowanym „Leczenie Żywieniowe”.

§ 269

Dział Dietetyki jest powołany do realizacji zadań związanych z prawidłowym odżywianiem pacjentów oraz do przeciwdziałania występowaniu niedożywienia pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 4 w Lublinie w oparciu o zasady żywienia klinicznego oparte na dowodach naukowych.

§ 270

Do zadań Działu Dietetyki należy w szczególności:

- 1) opracowywanie diet indywidualnych dla pacjentów przy chorobach dietozależnych,
- 2) dostosowywanie diety pacjenta do jego potrzeb żywieniowych, np. dla osób starszych,
- 3) 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,
- 4) zmiana diety lub ordynowanie doustnych diet przemysłowych - w przypadku pacjentów niedożywionych w stopniu lekkim,
- 5) nadzór nad wdrażaniem leczenia żywieniowego przez lekarzy prowadzących - w przypadku pacjentów z niedożywieniem umiarkowanym i ciężkim,
- 6) udział w spotkaniach dedykowanych raportom lekarsko-pielęgniarsko-dietetycznym,
- 7) ustalanie diet szpitalnych, jadłospisów, programów żywieniowych pacjentów oraz zgłaszanie zmian diet pacjentów do Działu Żywienia,
- 8) udzielanie indywidualnych porad dietetycznych i prowadzenie edukacji żywieniowej pacjentów i/lub ich opiekunów,
- 9) udział w prowadzeniu leczenia żywieniowego we współpracy z zespołem prowadzonym przez lekarza oraz monitorowanie prowadzonego w oddziałach szpitalnych odżywiania doustnego i leczenia żywieniowego,
- 10) monitorowanie rozliczeń leczenia żywieniowego,
- 11) przeprowadzanie konsultacji dietetycznych dla zewnętrznych pacjentów w Poradni Leczenia Żywieniowego (część dietetyków).

§ 271

1. Dietetycy wykonują przesiewową ocenę stanu odżywienia pacjentów, na podstawie kwestionariusza Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), w następujących oddziałach szpitalnych:

- 1) Kliniką Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej,
- 2) Kliniką Oddziału Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,

- 3) Klinikum Oddziale Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej,
 - 4) Pododdziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej z Ośrodkiem Umiarowań,
 - 5) Klinikum Oddziale Kardiologii Inwazyjnej,
 - 6) Klinikum Oddziale Elektrokardiologii,
 - 7) Klinikum Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych,
 - 8) Klinikum Oddziale Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,
 - 9) Klinikum Oddziale Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej,
 - 10) Klinikum Oddziale Neurologii,
 - 11) Klinikum Oddziale Udarowy i Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej,
 - 12) Klinikum Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej II,
 - 13) Klinikum Oddziale Rehabilitacji,
 - 14) Klinikum Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej,
 - 15) Klinikum Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - 16) Klinikum Oddziale Ortopedii i Traumatologii,
 - 17) Klinikum Oddziale Otorynolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii,
 - 18) Klinikum Oddziale Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Chorób Wewnętrznych,
 - 19) Klinikum Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej,
 - 20) Oddziale Onkologii Klinicznej i Chemioterapii.
2. W pozostałych oddziałach niewymienionych w ust. 1 ocenę stanu odżywienia przy przyjęciu pacjenta do oddziału przeprowadza pielęgniarka dyżurna.

§ 272

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 Żywnościowego w zakresie leczenia zaburzeń stanu odżywiania pacjentów,
- 3) Działem Żywności w zakresie zaleceń żywieniowych dla pacjentów oraz zmiany diet pacjentów.

§ 273

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

ROZDZIAŁ XXVIII

Leczenie Żywieniowe

§ 274

1. W USK Nr 4 w Lublinie realizowane są procedury z zakresu leczenia żywieniowego w ramach Ośrodka Odżywiania Klinicznego funkcjonującego na bazie:
 - 1) Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego,
 - 2) Poradni Leczenia Żywieniowego,
 - 3) Działu Dietetyki,
 - 4) Zespołu Leczenia Żywieniowego.
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 zarządzeń wewnętrznych 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. Koordynatorem realizacji zadań komórek organizacyjnych/Zespołu, w ramach Ośrodka Odżywiania Klinicznego, jest osoba wyznaczona i upoważniona przez Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie, która równocześnie sprawuje nadzór organizacyjny oraz merytoryczny nad realizacją wszystkich zadań związanych z leczeniem żywieniowym, w ramach którego jest uprawniona do wydawania poleceń służbowych personelowi komórek organizacyjnych/Zespołu stanowiących Ośrodek Odżywiania Klinicznego.

ROZDZIAŁ XXIX

Pełnomocnik Dyrektora ds. Koordynacji Procesów Medycznych

§ 275

Pełnomocnik Dyrektora ds. Koordynacji Procesów Medycznych podlega Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 276

Pełnomocnik Dyrektora ds. Koordynacji Procesów Medycznych odpowiada za usprawnianie procesów medycznych w USK Nr 4 w Lublinie.

§ 277

Do podstawowych zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Koordynacji Procesów Medycznych należy:

- 1) nadzór nad postępowaniem prac we wdrażaniu procesów medycznych w USK Nr 4 w Lublinie zaplanowanych i zatwierdzonych przez Zarząd Szpitala;
- 2) wspomaganie przepływu informacji pomiędzy Dyrektorem-Kierownikiem Pracownikiem;
- 3) przeciwdziałanie problemom, które mogą pojawić się w toku realizowania zaplanowanego procesu pracy;
- 4) dbanie o to, aby członkowie zespołu byli dobrze przeszkoleni i rozumieli swoje role;
- 5) prowadzenie spotkań z zespołami realizującymi planowane procesy medyczne;
- 6) nadzór nad optymalizacją procesów medycznych;
- 7) pomaganie w kontroli nad wykonaniem listy zadań przez zespoły realizujące planowane procesy medyczne;
- 8) usuwanie powstałych w toku pracy problemów;
- 9) zarządzanie zakresem i harmonogramem każdego projektu;
- 10) pomoc zespołom w skutecznym wdrażaniu zmian;
- 11) wspieranie mechanizmów samoorganizacji;
- 12) budowanie współodpowiedzialności.

ROZDZIAŁ XXX

Archiwum Centralne

§ 278

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.

§ 279

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.

§ 280

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.

§ 281

1. Archiwum Centralne przejmuje akta spraw ostatecznie załatwionych po upływie okresu przechowywania w komórce organizacyjnej kompletnymi rocznikami.
2. Przechowywana dokumentacja powinna być uporządkowana, teczki opisane i załączony spis spraw.
3. Archiwum Centralne udziela pisemnej odpowiedzi wraz z odpisem historii choroby (kserokopie) upoważnionym organom zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Archiwum Centralne przeprowadza ocenę dokumentacji niearchiwalnej oraz występuje do Archiwum Państwowego w celu uzyskania zgody na likwidację akt.
5. Archiwum Centralne przygotowuje materiały archiwalne do przekazania do Archiwum Państwowego.

§ 282

1. Archiwum Centralne udostępnia akta wytworzone w danej komórce organizacyjnej uprawnionym pracownikom danej komórki na podstawie kart udostępniania.
2. Dokumentacja medyczna wypożyczana jest do Oddziałów lub Poradni w związku z kontynuacją leczenia bądź do celów naukowo - badawczych na podstawie odpowiednich rewersów. Wypożyczenie dokumentacji ewidencjonowane jest w rejestrze wypożyczeń.
3. Archiwum Centralne udziela pisemnej odpowiedzi wraz z odpisem historii choroby (kserokopie) i poświadcza je za zgodność z oryginałem upoważnionym organom zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Archiwum Centralne pozostawia kopię lub skan udostępnionej dokumentacji medycznej oraz prowadzi rejestr udostępnień.
5. Archiwum Centralne wydaje pacjentom szpitala, ich przedstawicielom ustawowym bądź osobom upoważnionym przez pacjenta kserokopię wyników badań, zaświadczenie o pobycie, kserokopie kart informacyjnych, kserokopie historii chorób (poświadczone za zgodność z oryginałem) bądź dokumentację zewnętrzną pacjenta.
6. Archiwum Centralne pobiera opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującym cennikiem.
7. Za udostępnianie kserokopii historii chorób pacjentom i uprawnionym organom Archiwum Centralne wystawia faktury lub paragony.
8. Archiwum Centralne monitoruje temperaturę i wilgotność powietrza w pomieszczeniach magazynowych oraz dba o dobry stan i porządek zgromadzonych akt.
9. Archiwum Centralne sporządza statystyczne zestawienia zdanych i niezdanych historii choroby oraz kwartalne i miesięczne raporty i przekazuje je do Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 283

Archiwum Centralne sporządza informacje o ilościach wypożyczanych historii chorób, których minął sześciomiesięczny termin zwrotu i przekazuje 2 razy w roku lekarzom kierującym oddziałami.

§ 284

Archiwum Centralne współpracuje z:

- 1) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie przyjmowania 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) Kliniknym 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.

§ 285

Personel Archiwum Centralnego stanowią:

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

ROZDZIAŁ XXXI

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

§ 286

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

§ 287

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

§ 288

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.

§ 289

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.

§ 290

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.

§ 291

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.

§ 292

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

§ 293

Personel Medycznego Laboratorium Diagnostycznego stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) starszy asystent diagnostyki laboratoryjnej,
- 3) asystent diagnostyki laboratoryjnej,
- 4) młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej,
- 5) diagnosta laboratoryjny,
- 6) starszy technik analityki medycznej,
- 7) rejestratorka medyczna.

§ 294

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.

§ 295

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 XXXII

Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii

§ 296

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 Umiarowań,
 - 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.

§ 297

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.

§ 298

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

Rozdział XXXIII

Lubelski Ośrodek Spastyczności

§ 299

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.

§ 300

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

§ 301

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

Rozdział XXXIV

Dział Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki

§ 302

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

§ 303

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.

§ 304

Personel Działu Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki stanowią:

- 1) Kierownik,
- 2) asystenci farmacji.

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/ Klinikach.

§ 3

1. Zastępca Naczelnej Pielęgniarki koordynuje pracę bezpośrednio podległego mu personelu tj. referentki Oddziałów/Klinik.
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/ Kierownikami Klinik, 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 diety, 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.

ROZDZIAŁ IV

Archiwum Centralne

- uchylony

CZĘŚĆ III

Pion działalności

Zastępcy Dyrektora

ds. Finansów i Operacji

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji nadzoruje i koordynuje pracę podległych mu komórek organizacyjnych.
2. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji współdziała z kierownikami podległych mu komórek organizacyjnych w zakresie przestrzegania dyscypliny finansów publicznych.
3. Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji 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 Operacji określony został w Części I Rozdział 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. Finansów i Operacji.

§ 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 ubezpieczenie społeczne,
 - 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,
 - 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 do obsługi komórkami organizacyjnymi,
 - 2) ewidencja czasu pracy,
 - 3) prowadzenie akt osobowych pracowników,
 - 4) prowadzenie bieżącej korespondencji osobowej, zgodnie
 - 5) aktualizacja danych pracowniczych,
 - 6) koordynowanie oceny okresowej pracowników,
 - 7) koordynacja całości świadczeń socjalnych,
 - 8) rozliczanie umów rezydenckich z Ministerstwem Zdrowia,
 - 9) nadzór na wykorzystaniem urlopów, ważnością badań lekarskich, aktualizacją i bieżącym potwierdzaniem kwalifikacji pracowników,
 - 10) wsparcie Dyrekcji w procesach decyzyjnych dotyczących zasobów ludzkich,
 - 11) analiza i raportowanie danych kadrowych wewnętrznie oraz do instytucji zewnętrznych,
 - 12) rozliczanie dodatków dla kierowników specjalizacji,
 - 13) 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 i współpraca z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- 8) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

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) wykaz przepracowanych godzin nocnych oraz dni świątecznych przez pracowników zabezpieczających całodobową opiekę nad chorym,
 - b) wykaz innych nieobecności usprawiedliwionych,
 - c) wykaz przepracowanych godzin nadliczbowych,
- 2) Działu Finansowo-Księgowego - wykaz potrąceń dla pracowników korzystających z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej,
- 3) 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) ubezpieczenia 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 pielęgniarzy (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 ubezpieczeń zdrowotnych,
 - 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 Marszałkowskiego:
 - a) sporządzanie comiesięcznych zestawień kosztów realizacji staży podyplomowych lekarzy
 - b) wystawianie faktur obciążających Urząd Marszałkowski,
- 3) Ministerstwa Zdrowia: sporządzanie miesięcznych rozliczeń środków przekazanych na realizację specjalizacji lekarzy odbywanych w ramach szkoleniowego etatu prezydenckiego,
- 4) Urzędu Pracy: przygotowanie wniosków o zorganizowanie stażu dla bezrobotnych.

§ 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 Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Departamentem Budżetu Finansów i Inwestycji, w zakresie:
 - a) sporządzanie umów o wykonanie zadania pod nazwą: realizacja specjalizacji lekarzy odbywanego w ramach szkoleniowego etatu rezydenckiego,
 - b) kompletowanie załączników do umów rezydenckich wg zalecenia Departamentu nauki i Szkolnictwa Wyższego (informacja o lekarzach odbywających specjalizację - rezydenturę, wypis z rejestru zakładów, zaświadczenie o numerze konta zakładu, skierowanie z Ośrodka Metodyczno-Organizacyjnego).

§ 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 Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych

§ 12

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

§ 13

Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych realizuje zadania związane głównie z przygotowaniem ofert/aktualizacji, rozliczaniem umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Oddziały, Poradnie, Zakłady USK Nr 4 w Lublinie, w szczególności dotyczące:

- 1) analizy komunikatów/Zarządzeń Prezesa NFZ/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) przygotowywania zestawień/materiałów do negocjacji/renegocjacji poszczególnych umów, uczestnictwa w negocjacjach;
- 4) sporządzania informacji do Lekarzy Kierujących Oddziałami/Kierowników Zakładów na temat planów rzeczowo-finansowych dla poszczególnych rodzajów/zakresów świadczeń, których realizatorem jest dany Oddział/Zakład;
- 5) wykonywania miesięcznych/narastających rozliczeń poszczególnych umów zawartych z NFZ;
- 6) fakturowania i sporządzania rejestru faktur związanych ze sprzedażą świadczeń opieki zdrowotnej do NFZ;
- 7) zgłaszania na portalu SZOI zmian potencjału umowy z NFZ: personel, sprzęt, umowy podwykonawstwa;
- 8) korespondencji z NFZ w sprawach związanych z realizacją umów.

§ 14

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) wykonywaniem sprawozdań do Uniwersytetu Medycznego zgodnie z aktualnie obowiązującymi wzorami i rodzajami sprawozdań;
- 9) opracowywaniem i aktualizacją cenników wybranych procedur medycznych;
- 10) przygotowywaniem dokumentów umożliwiających wystawianie faktur dla pacjentów nieubezpieczonych;
- 11) wyliczaniem wartości premii uznaniowej za realizację świadczeń „Żywnienie pozajelitowe w warunkach domowych”;
- 12) wyliczaniem kosztów świadczeń planowanych do rozliczenia na podstawie indywidualnej zgody NFZ; weryfikacją spełnienia warunków progowych wniosku, składaniem do NFZ wniosków wymagających przekazywania kosztorysu;
- 13) prowadzeniem rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowaniem poziomu ich wykorzystania.

§ 15

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 Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie związanym z przekazywaniem danych do rozliczeń kontraktów z NFZ;
- 5) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie związanym z fakturowaniem świadczeń i tworzeniem rejestru sprzedaży;
- 6) 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,

- 7) innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie ich działalności z przypisanymi im kompetencjami.

§ 16

Skład osobowy 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

§ 17

1. Dział Rozliczeń Usług Medycznych jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji.
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,

§ 18

Do zadań Działu Rozliczeń Usług Medycznych należy:

- 1) weryfikacja poprawności wprowadzonych do sprawozdania świadczeń w ramach kontraktów zawartych z NFZ,
- 2) sprawozdawanie świadczeń medycznych do NFZ,
- 3) poprawa oraz nadzór nad korektami zweryfikowanych negatywnie przez NFZ świadczeń medycznych,
- 4) składanie wniosków indywidualnych do NFZ niewymagających przekazywania kosztorysu,
- 5) analiza Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i innych regulacji prawnych dotyczących zasad sprawozdawania świadczeń zdrowotnych do NFZ i przekazywanie powyższych informacji do poszczególnych Kierowników jednostek organizacyjnych Szpitala,
- 6) prowadzenie korespondencji z NFZ i innymi jednostkami w sprawach związanych ze sprawozdawaniem świadczeń medycznych
- 7) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

§ 19

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 kontaktowych,
- 4) sporządzenie wykazu opłat eksploatacyjnych z tytułu zawartych umów kontraktowych.

§ 20

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).

§ 21

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

- 1) nadzór nad poprawnością sprawozdawania świadczeń ambulatoryjnych w ramach poradni,
- 2) analizy ekonomiczne i weryfikacje związane z optymalizacją sprawozdawczości świadczeń ambulatoryjnych w poradniach,
- 3) weryfikacja sprawozdawanych świadczeń pod kątem prawidłowego płatnika,
- 4) przygotowywanie zestawień niezbędnych do naliczenia premii dla lekarzy udzielających świadczeń w poradniach,
- 5) koordynacja działań w zakresie prawidłowego sprawozdawania świadczeń medycznych zrealizowanych w ramach i na zlecenie poradni.

§ 22

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

§ 23

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) Zastępcą kierownika,
 - 2) starszy koder medyczny,
 - 3) koder medyczny,
 - 4) młodszy koder medyczny.

ROZDZIAŁ V

Dział Kontrolingu i Analiz

§ 24

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

§ 25

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 Klinikami i pozostałymi ośrodkami odpowiedzialności w zakresie identyfikacji kosztów, interpretacji wyników, ustalania cen,
 - c) - skreślony
 - d) analizy wskaźnikowe efektywności gospodarowania Klinik (rentowność, koszty osobodnia, średnie koszty leczenia, dynamika kosztów, struktura kosztów, dynamika wyników),
 - e) generowanie i dystrybucja comiesięcznych raportów,
 - f) wycena i weryfikacja wybranych procedur medycznych oraz kalkulacje kosztów wykonywanych usług (z wyłączeniem badań klinicznych),
 - g) analiza skutków finansowych zmian sposobów wynagradzania zespołów pracowniczych oraz innych działań planowanych do wdrożenia,
 - h) aktualizacja i weryfikacja cenników wewnętrznych wykorzystywanych w systemie rozliczeń wewnętrznych,
 - i) weryfikacja i aktualizacja OPK (ośrodków powstawania kosztów),

- j) ustalanie wyników finansowych poszczególnych jednostek,
- k) 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, Klinik i innych podmiotów,
 - c) rozwój systemu informacji zarządczej i narzędzi raportowania zarządczego.

§ 26

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.

§ 27

- 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 VI

Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji

§ 28

1. Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji jest komórką organizacyjną USK Nr 4 w Lublinie podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji.
2. Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji kieruje Kierownik Działu.

§ 29

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) przeprowadzanie inwentaryzacji okresowej, doraźnej, zdawczo-odbiorczej i kontrolnej pozostałego majątku,
- 4) rozliczenie przeprowadzonych inwentaryzacji w zakresie środków trwałych i niskocennych środków trwałych,
- 5) ustalenie i wyjaśnienie przyczyn powstania ewentualnych różnic inwentaryzacyjnych,
- 6) organizowanie posiedzeń komisji inwentaryzacyjnych,
- 7) naliczanie umorzenia i rocznej amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych,
- 8) naliczanie pozostałych przychodów operacyjnych wynikających z zewnętrznych źródeł finansowania środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych,
- 9) znakowanie środków trwałych i pozostałych środków trwałych w użytkowaniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 10) nadzór nad właściwym oznakowaniem środków trwałych i wyposażenia zgodnie z podpisanymi umowami na realizację i finansowanie prowadzonych inwestycji i zakupów środków trwałych,
- 11) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej środków trwałych, niskocennych środków trwałych, ewidencji ilościowej odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej w systemie InfoMedica Środki Trwałe oraz ewidencji pozabilansowej ,
- 12) comiesięczne uzgadnianie stanu ksiąg pomocniczych ST z księgą główną,
- 13) przeprowadzania kasacji i likwidacji środków trwałych oraz pozostałych środków trwałych w użytkowaniu,
- 14) wycena przeprowadzonych kasacji i uaktualnianie ewidencji ilościowo-wartościowej,
- 15) organizowanie sprzedaży środków trwałych zbędnych w działalności Szpitala,
- 16) ewidencja bieżących operacji na kartotekach księgowych, na podstawie dokumentów źródłowych: LT (likwidacja środka trwałego), protokołów kasacyjnych,
- 17) udział w komisjach odbioru środków trwałych,

- 18) przygotowywanie danych do obowiązującej sprawozdawczości i rocznych sprawozdań finansowych,
- 19) usprawnianie i automatyzacja procesów związanych z gospodarowaniem majątkiem,
- 20) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania,
- 21) prowadzenie bieżącej ewidencji majątku trwałego, w tym nieruchomości użytkowanych przez Szpital, niezależnie od tytułu prawnego,
- 22) 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.

§ 30

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.

§ 31

1. Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji kieruje Kierownik Działu.
2. Pozostały personel Działu stanowią osoby zatrudnione na stanowiskach:
 - 1) specjaliści ds. ekonomicznych,
 - 2) starszej księgowej,
 - 3) księgowej.

ROZDZIAŁ VII

Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych

§ 32

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

§ 33

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.

§ 34

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.

§ 35

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.

§ 36

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

§ 37

Na strukturę Działu składają się następujące stanowiska:

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

ROZDZIAŁ VIII

Dział Zamówień Publicznych

§ 38

Dział Zamówień Publicznych jest komórką organizacyjną, która podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji.

§ 39

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

§ 40

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,
- 7) monitoring rejestrów umów prowadzonych w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala oraz poziomu ich wykorzystania, z wyjątkiem rejestru umów prowadzonego w Dziale Kadr i Płac.

§ 41

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) Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych i podległymi mu komórkami organizacyjnymi w zakresie zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
- 9) 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) Działu Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie przyjmowania darowizn lub użyczenia aparatury i wyposażenia,
- 5) Kancelarii Ogólnej - odbiór korespondencji kierowanej do Działu oraz przygotowywanie korespondencji do wysłania,
- 6) Działu Eksploatacyjnego w zakresie zgłaszania i usuwania usterek w wyposażeniu pomieszczeń użytkowanych przez pracowników Działu,
- 7) Działu Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego w zakresie zgłaszanie usterek i awarii sprzętu komputerowego używanego przez pracowników Działu,
- 8) Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych w zakresie wymiany informacji o poziomie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia oraz umów na dostawę aparatury i sprzętu medycznego w zakresie prowadzonych postępowań przez Dział Zamówień Publicznych,

- 9) Działu Kadr i Płac - współpraca w zakresie list obecności, urlopów, zwolnień lekarskich, szkoleń pracowników Działu oraz innych bieżących spraw.

§ 42

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

§ 43

Na strukturę Działu składają się następujące stanowiska:

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

ROZDZIAŁ IX

Dział Logistyki Szpitala

§ 44

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

§ 45

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.

§ 46

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 oraz testowania aparatury medycznej, 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) sporządzanie raportów obrotu/zużycia towarów,
- 15) weryfikacja i uaktualnianie uprawnień osób podpisujących dokumenty obrotu materiałowego ze strony poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala z nadanymi im uprawnieniami wynikającymi z dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością,
- 16) 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,
- 17) prowadzenie rejestru zamówień udzielanych w Dziale w sposób umożliwiający monitorowanie wydatków,
- 18) optymalizacja procesów dotyczących zaopatrzenia, celem zminimalizowania ilości zapasów materiałów będących w dyspozycji Szpitala i odmrożenia/zwolnienia zaangażowanych w nich środków finansowych,
- 19) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyрекcję Szpitala,
- 20) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie obsługi logistycznej, m.in. ustalanie warunków i terminów dostaw,
- 21) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.

§ 47

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,
- 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 i Wsparcia Informatycznego w zakresie m.in. zgłaszanie usterek i awarii sprzętu komputerowego oraz przy zakupie oprogramowania i sprzętu komputerowego,
- 12) Działem Zamówień Publicznych w zakresie przygotowywania postępowań określonych ustawą Prawo zamówień publicznych oraz informacji o zawarciu /realizacji umów na dostawy/usługi,
- 13) Kancelarią Ogólną - w zakresie m.in. odbioru korespondencji kierowanej do Działu oraz przygotowywania korespondencji do wysłania,
- 14) Oddziałami/ Klinikami/ 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.

§ 48

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

§ 49

Stanowiska w Dziale Logistyki Szpitala:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępca Kierownika Działu ds. Zakupów,
- 3) Zastępca Kierownika Działu ds. Magazynów,
- 4) specjalista,
- 5) inspektor,
- 6) magazynier.

ROZDZIAŁ X

Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego

§ 50

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

§ 51

1. Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego 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.

§ 52

Do zadań Działu należy w szczególności:

- 1) sporządzanie planów zakupów i usług realizowanych przez Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego,
- 2) ewidencjonowanie potrzeb i realizowanie umów w zakresie zakupu sprzętu teleinformatycznego oraz oprogramowania standardowego (m.in. systemy operacyjne, pakiety biurowe, systemy antywirusowe) i serwerowego dla USK Nr 4 w Lublinie,
- 3) udzielanie wsparcia merytorycznego komórkom organizacyjnym w zakresie przygotowywania specyfikacji technicznej do umów z zakresu zakupu sprzętu teleinformatycznego oraz oprogramowania standardowego (m.in. systemy operacyjne, pakiety biurowe, systemy antywirusowe) i serwerowego dla Szpitala,
- 4) przygotowywanie dokumentacji oraz prowadzenie rejestru zamówień publicznych w zakresie zadań Działu,
- 5) przygotowywanie umów związanych z zadaniami Działu, o ile nie ma zastosowania ustawa Prawo zamówień publicznych, lub przygotowywanie specyfikacji technicznej zamówienia na w/w usługi lub dostawy i realizacja zawartych umów, o ile znajdzie zastosowanie ustawa Prawo zamówień publicznych, z zastrzeżeniem konieczności uwzględnienia przy formułowaniu wymogów dla systemów informatycznych przetwarzających dane osobowe unormowań Ustawy o ochronie danych osobowych oraz przepisów wykonawczych;
- 6) prowadzenie rejestru umów, o których mowa w pkt. 5, oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania,

- 7) zapewnienie właściwej realizacji umów z zakresu serwisu sprzętu komputerowego, telefonii stacjonarnej i mobilnej, sieci wewnętrznej, systemów telekomunikacyjnych, systemów CCTV oraz kontroli dostępu,
- 8) administrowanie, rozbudowa oraz zapewnienie dostępu użytkownikom do sieci wewnętrznej Szpitala,
- 9) prowadzenie Help Desku oraz obsługa zgłoszeń dotyczących awarii i usterek sprzętu komputerowego, sieci wewnętrznej, oprogramowania standardowego i urządzeń telekomunikacyjnych, systemów CCTV oraz kontroli dostępu,
- 10) nadzór nad stanem stacji roboczych, urządzeń peryferyjnych i urządzeń teleinformatycznych wraz z jego konfiguracją,
- 11) instalacja i konfiguracja oprogramowania standardowego,
- 12) realizacja zadań z zakresu polityki bezpieczeństwa w zakresie sprzętu komputerowego i oprogramowania standardowego oraz jego legalności,
- 13) udział w projektach technicznych realizowanych w zakresie teleinformatyki,
- 14) administrowanie dostępem do usług telefonii mobilnej i stacjonarnej,
- 15) zapewnienie dostępu dla użytkowników do internetu,
- 16) administrowanie serwerami Szpitala obejmującymi serwisy: www, system pocztowy, Active Directory,
- 17) administrowanie sprzętem wchodzącym w skład infrastruktury wirtualizacyjnej,
- 18) administrowanie systemami realizującymi tworzenie kopii zapasowych użytkowanych przez Szpital systemów informatycznych,
- 19) administrowanie oraz rozbudowa infrastruktury sieciowej w punkcie styku z Internetem,
- 20) administrowanie oraz rozbudowa kontroli dostępu do obiektów będących własnością Szpitala,
- 21) prowadzenie dokumentacji technicznej systemów informatycznych będących w kompetencjach Działu,
- 22) współpraca z Działem Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych w zakresie administrowania systemami, zakupu infrastruktury informatycznej i oprogramowania, realizacji projektów teleinformatycznych.

§ 53

Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego 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 Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie dostosowywania dokumentacji medycznej prowadzonej w systemach do zmian prawnych,
- 4) Inspektorem Ochrony Danych w zakresie utrzymania i rozwoju systemów zabezpieczeń.

§ 54

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

§ 55

Stanowiska w Dziale Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego:

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

ROZDZIAŁ XI

Dział Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych

§ 56

Dział Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych jest komórką organizacyjną podległą Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji.

§ 57

1. Dział Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych został powołany do realizacji przedsięwzięć związanych z rozwojem i zastosowaniem technologii informatycznych w działalności Szpitala.
2. Do głównych celów działania Działu należy:
 - 1) rozwój i implementacja rozwiązań informatycznych w procesach biznesowych Szpitala,
 - 2) zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej dostępności do gromadzonych danych w systemach informatycznych poprzez stosowane rozwiązania programowe,
 - 3) pomoc w wyznaczaniu strategii oraz jej realizacji w zakresie stosowanych rozwiązań infrastruktury i systemów teleinformatycznych.

§ 58

Do zadań Działu należy:

- 1) w zakresie rozwoju i implementacji nowoczesnych technologii informatycznych:
 - a) sporządzanie planów zakupów i usług realizowanych przez Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego,
 - b) przygotowywanie wytycznych funkcjonalnych dla rozwiązań informatycznych,
 - c) udzielanie wsparcia merytorycznego komórkom organizacyjnym w zakresie przygotowywania specyfikacji technicznej do umów z zakresu oprogramowania wspierającego procesy biznesowe Szpitala,
 - d) przygotowywanie dokumentacji oraz prowadzenie rejestru zamówień publicznych w zakresie zadań Działu,
 - e) przygotowywanie umów związanych z zadaniami Działu, o ile nie ma zastosowania ustawa Prawo zamówień publicznych, lub przygotowywanie specyfikacji technicznej zamówienia na w/w usługi lub dostawy i realizacja zawartych umów, o ile znajdzie zastosowanie ustawa Prawo zamówień publicznych, z zastrzeżeniem konieczności uwzględnienia przy formułowaniu wymogów dla systemów informatycznych przetwarzających dane osobowe unormowań Ustawy o ochronie danych osobowych oraz przepisów wykonawczych,
 - f) realizacja projektów oraz wdrożeń w zakresie oprogramowania wspierającego procesy biznesowe Szpitala,
 - g) współtworzenie strategii informatyzacji Szpitala,
 - h) prowadzenie rejestru umów w zakresie działalności Działu oraz monitorowanie poziomu ich wykorzystania.
- 2) w zakresie bieżącego utrzymania systemów informatycznych:

- a) administrowanie systemami informatycznymi Szpitala objętymi nadzorem Działu w zakresie określonym w umowach z dostawcami oprogramowania,
 - b) współpraca z jednostkami zewnętrznymi świadczącymi usługi informatyczne dla Szpitala w zakresie określonym w stosownych umowach,
 - c) nadzór nad realizacją polityki bezpieczeństwa w zakresie dostępu do danych systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - d) nadzór nad realizacją umów związanych z utrzymaniem i wdrażaniem systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - e) monitorowanie działalności systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - f) piecza nad procesami integracyjnymi pomiędzy systemami informatycznymi objętymi nadzorem Działu,
 - g) prowadzenie dokumentacji technicznej systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - h) współpraca z Działem Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego w zakresie administrowania systemami, zakupu infrastruktury informatycznej i oprogramowania, realizacji projektów teleinformatycznych,
- 3) w zakresie wsparcia informatycznego użytkowników:
- a) rejestracja zgłoszeń użytkowników w zakresie funkcjonowania systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - b) świadczenie wsparcia dla użytkowników systemów informatycznych w zakresie systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - c) identyfikacja i rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów we własnym zakresie lub przekazywanie ich do realizacji do komórek wyspecjalizowanych,
 - d) organizacja i prowadzenie szkoleń w zakresie obsługi systemów informatycznych objętych nadzorem Działu,
 - e) instalacja i konfiguracja oprogramowania dedykowanego dla systemów informatycznych objętych nadzorem Działu.

§ 59

Dział Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi USK Nr 4 w Lublinie w zakresie spraw związanych z wykorzystaniem i rozwojem podległych systemów informatycznych, a w szczególności z:

- 1) Działem Zamówień Publicznych w zakresie zakupów i wdrożeń nowych rozwiązań,
- 2) Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie dostosowywania dokumentacji medycznej prowadzonej w systemach do zmian prawnych,
- 3) Inspektorem Ochrony Danych w zakresie kontroli dostępu do danych podległych systemów informatycznych.

§ 60

Działem Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych kieruje Kierownik Działu, który organizuje pracę pracowników Działu, przydzielając im konkretne zadania do wykonywania oraz nadzoruje terminowość i jakość ich wykonania.

§ 61

Stanowiska w Dziale Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych:

- 1) Kierownik Działu,
- 2) Zastępcę Kierownika Działu,
- 3) starszy informatyk,

- 4) technik informatyk,
- 5) inspektor.

ROZDZIAŁ XII

Kancelaria Ogólna

§ 62

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

§ 63

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.

§ 64

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

- 1) korespondencja przychodząca do Szpitala odbierana jest z Urzędu Pocztowego znajdującego się na terenie Szpitala, doręczana 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.

§ 65

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.

§ 66

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.

§ 67

W zakresie prenumeraty prasy do Kancelarii Ogólnej należy:

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

§ 68

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.

§ 69

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

§ 70

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.

§ 71

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

§ 72

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

§ 73

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

CZĘŚĆ IV

Pion działalności

Zastępcy Dyrektora

ds. Infrastruktury i Inwestycji

ROZDZIAŁ I

Postanowienia Ogólne

§ 1

- skreślony

§ 2

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.

§ 3

Za prawidłową działalność pionu technicznego i obsługi odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.

ROZDZIAŁ II

Dział Eksploatacyjny

§ 4

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

§ 5

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

§ 6

W skład Działu Eksploatacyjnego wchodzi sekcje:

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

§ 7

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

§ 8

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.

§ 9

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.

§ 10

Urządzenia Ciepłowni podlegają pod stały dozór techniczny.

§ 11

W skład Sekcji Gospodarki Ciepłej wchodzi:

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

§ 12

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

§ 13

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.

§ 14

Personel Sekcji Gospodarki Ciepłej stanowią:

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

2. Sekcja Remontowo-Budowlana

§ 15

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

§ 16

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

§ 17

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.

§ 18

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.

§ 19

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, cieplnych, akustycznych i posadzek,
- 5) chodników, schodów, placów.

§ 20

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.

§ 21

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

§ 22

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

§ 23

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.

§ 24

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.

§ 25

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

§ 26

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.

§ 27

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

§ 28

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

§ 29

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

§ 30

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).

§ 31

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.

§ 32

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.

§ 33

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.

§ 34

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.

§ 35

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

§ 36

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 dozorowej jak również książki kontroli sanitarnej.

§ 37

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

§ 38

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.

§ 39

Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji kieruje Kierownik Działu.

§ 40

Podstawowym zadaniem Działu Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji jest:

- 1) kompleksowa realizacja procesów inwestycyjnych - 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,
- 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 na podstawie analizy potrzeb oraz konieczności dostosowania pomieszczeń do aktualnych wymagań technicznych, sanitarnych i p. poż.,
- 5) udział w opracowywaniu wniosków o finansowanie inwestycji.

§ 41

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

§ 42

Skład osobowy Działu Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji stanowią:

- 1) Kierownik Działu Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji,
- 2) Zastępca Kierownika Działu Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji,
- 3) starszy specjalista ds. przygotowania i nadzoru remontów i inwestycji/inspektor nadzoru,
- 4) specjalista ds. przygotowania i nadzoru remontów i inwestycji,
- 5) - skreślony
- 6) - skreślony

ROZDZIAŁ IV

Dział Aparatury Medycznej

§ 43

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.

§ 44

1. Do zadań Sekcji ds. Wyposażenia w Aparaturę Medyczną należy:
 - 1) przygotowywanie materiałów niezbędnych do przeprowadzania przetargów na zakup aparatury medycznej, zgodnie z Prawem Zamówień Publicznych (np. rozeznanie rynku, opis przedmiotu zamówienia, wnioski) oraz uczestniczenie w komisjach przetargowych i odbiorowych,
 - 2) przygotowywanie opisu przedmiotu zamówienia (OPZ), który jest konsultowany, ustalany i zatwierdzany z użytkownikiem (osobą merytoryczną) w zakresie niezbędnych funkcjonalności wnioskowanych zapotrzebowań aparatury medycznej,
 - 3) opracowywanie rocznego Planu Inwestycyjnego, Planu Zamówień Publicznych oraz Planu Finansowego wyłącznie w zakresie zakupu sprzętu i aparatury medycznej,
 - 4) opisywanie faktur wystawianych przez dostawców w zakresie zakupu aparatury medycznej,
 - 5) analiza i weryfikacja zapotrzebowań złożonych wniosków przez użytkowników w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, które zostaną uwzględnione w Planie Inwestycyjnym,
 - 6) wnioskowanie o zakup aparatury medycznej na podstawie Planu Inwestycyjnego,
 - 7) zgłaszanie zmian do Planu Inwestycyjnego oraz Planu Zamówień Publicznych w zakresie zakupu aparatury medycznej,
 - 8) realizacja i nadzór nad umowami dostaw sprzętu i aparatury medycznej,
 - 9) przygotowywanie niezbędnego zestawienia sprzętu i aparatury medycznej do przygotowywanych projektów inwestycyjnych Szpitala we współpracy z Działem Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji,
 - 10) przygotowywanie wstępnej specyfikacji technicznej w porozumieniu z użytkownikiem (parametry techniczne aparatury i sprzętu medycznego) dla planowanych do realizacji zadań inwestycyjnych – bezpośrednia współpraca z Działem Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych,
 - 11) wprowadzanie do systemu elektronicznego pełnej dokumentacji nowo zakupionej aparatury medycznej,
 - 12) sporządzanie sprawozdań z wykorzystania aparatury medycznej do Ministerstwa Zdrowia przy współpracy z Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej,
 - 13) prowadzenie niezbędnych rejestrów dotyczących aparatury medycznej,

- 14) uczestniczenie w odbiorach nowo zakupionej lub pozyskanej w innej formie aparatury i sprzętu medycznego oraz weryfikacja poprawności dokumentacji odbiorczej,
 - 15) nadzór techniczny i finansowy nad realizacją umów dzierżawy, użyczeń oraz testowania w odniesieniu do aparatury medycznej, w tym aparatury będącej przedmiotem umów jw. w powiązaniu z umowami dostaw, których realizacja jest monitorowana przez komórki organizacyjne odpowiedzialne za dostawy,
 - 16) współpraca z Działem Logistyki Szpitala w zakresie opiniowania i składania wniosków o zakup aparatury medycznej,
 - 17) współpraca z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie aktualnie dostarczanej aparatury medycznej,
 - 18) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala mająca wpływ na poprawne jego funkcjonowanie.
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 w zakresie serwisów zewnętrznych na podstawie zleceń oraz umów serwisowych,
 - 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 rozliczanie 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) sporządzanie wykazów aparatury medycznej dotyczącej jej wykorzystania,
 - 13) przygotowywanie materiałów niezbędnych do przeprowadzania przetargów na serwisy w zakresie wykonywania napraw oraz przeglądów technicznych, zgodnie z Prawem Zamówień Publicznych (np. rozeznanie rynku, opis przedmiotu zamówienia, wnioski) oraz uczestniczenie w komisjach przetargowych i odbiorowych,

- 14) 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,
- 15) sporządzanie protokołów oraz wykazów aparatury i sprzętu medycznego dotyczących wykonania przeglądów technicznych realizowanych przez serwis wewnętrzny Działu Aparatury Medycznej,
- 16) rozliczanie zleceń dotyczących napraw aparatury i sprzętu medycznego,
- 17) prowadzenie niezbędnych rejestrów dotyczących aparatury medycznej,
- 18) opracowywanie wskaźników oraz analiza stopnia wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego,
- 19) prowadzenie sprawozdawczości oraz wykonywanie analizy w zakresie wykorzystywania aparatury i sprzętu medycznego przez użytkowników,
- 20) współpraca z Działem Logistyki Szpitala w zakresie opiniowania i składania wniosków o zakup części zamiennych do aparatury medycznej,
- 21) współpraca z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji w zakresie orzeczeń kasacyjnych,
- 22) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala mająca wpływ na poprawne jego funkcjonowanie.

§ 45

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

§ 46

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

§ 47

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

§ 48

Działem Usług Niemedycznych kieruje Kierownik Działu Usług Niemedycznych.

§ 49

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.

§ 50

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

§ 51

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

§ 52

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

§ 53

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 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) wypisywanie dokumentów finansowych:
 - a) faktury kontraktowe (korzystanie ze sprzętu),
 - b) faktury za wynajem powierzchni,

- c) faktury za media,
- d) faktury za szkolenia bhp,
- e) faktury za surowce wtórne,
- 8) prowadzenie i nadzór nad magazynami wchodzącymi w strukturę działu, w tym:
 - a) Magazynu rzeczy używanych,
 - b) Magazynu odzieży pacjentów,
 - c) Magazynu serwisu sprząającego,
 - 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.

§ 54

- skreślony

§ 55

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 w zakresie zakupów i usług bezprzetargowych, w tym sporządzaniem wniosków oraz umów,
- 4) Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczania faktur i wystawiania dokumentów sprzedaży, raportowanie, sprawozdawczość,
- 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.

§ 56

Na strukturę Działu składają się następujące stanowiska:

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

ROZDZIAŁ VII

Stanowiska pracy niewchodzące w strukturę Działów

Inspektor ds. ochrony przeciwpożarowej i konserwator sprzętu

§ 57

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

§ 58

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/Kliniki,
- 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.

§ 59

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 V

Pion bezpośredniej podległości

Dyrektorowi Naczelnemu

ROZDZIAŁ I

Główny Księgowy – Dział Finansowo-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 podlega Dział Finansowo-Księgowy z Kierownikiem Działu w randze Zastępcy Głównego Księgowego.
3. Zakres obowiązków Głównego Księgowego określony został w Części I Rozdział III niniejszego Regulaminu.

§ 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) fakturowanie świadczeń i usług medycznych wykonywanych w oddziałach, poradniach, zakładach, Izbie Przyjęć Planowej, Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej i Klinicznym Oddziale Ratunkowym na rzecz innych ZOZ i firm,
- 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 księgowi 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) prowadzenie rejestru faktur przychodzących,
 - 6) ewidencja faktur z tytułu dostaw, usług i inwestycji,
 - 7) regulowanie zobowiązań, współpraca z kontrahentami w zakresie terminów regulowania zobowiązań, przygotowywanie i realizacja porozumień,
 - 8) bieżąca obsługa not odsetkowych i wezwań do zapłaty z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań i współpraca z kontrahentami w tym zakresie.
 - 9) 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,

- 10) comiesięczna analiza zgodności zapisów na kontach zespołu 4 i na kontach zespołu 5,
- 11) koordynacja sprzedaży usług świadczonych w szpitalu,
- 12) bieżąca analiza rozrachunków z NFZ i comiesięczne uzgodnienia z Działem Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych.
- 13) 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,
- 14) analiza i uzgadnianie zapisów na kontach rejestrujących podatek naliczony, należny, rozrachunki z tytułu VAT,
- 15) sporządzanie okresowych meldunków o stanie środków pieniężnych na rachunkach bankowych i wysokości zobowiązań wymagalnych dla potrzeb Zastępcy dyrektora ds. Finansów i Operacji,
- 16) dekretowanie wyciągów bankowych i kontrola sald rachunków bankowych,
- 17) 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,
- 18) rozliczanie umów na dydaktykę zawartych z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie,
- 19) 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 Zakupu i Sprzedaży 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 Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych, Działem Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego, Centralnym Archiwum, 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

Skład osobowy Działu Finansowo-Księgowego stanowią:

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

ROZDZIAŁ II

Dział Organizacyjno-Prawny

§ 13

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.

§ 14

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 Zarządcą oraz innych procesów strategicznych dla organizacji i bezpieczeństwa prawnego Szpitala.

§ 15

Do podstawowych zadań Sekcji Organizacyjnej należy:

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

§ 16

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 wniosek 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 wniosek 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.

§ 17

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.

§ 18

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

§ 19

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

§ 20

Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji wykonuje zadania związane z realizacją zadań mających na celu utrzymanie i doskonalenie jakości świadczeń medycznych realizowanych w USK Nr 4 w Lublinie.

§ 21

1. W skład Działu Zarządzania Jakością i Akredytacji wchodzi stanowiska:
 - 1) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
 - 2) lekarz – specjalista ds. jakości,
 - 3) starszy specjalista.
2. Pracami Działu Zarządzania Jakością i Akredytacji kieruje Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością.

§ 22

Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji współpracuje z:

- 1) komórkami organizacyjnymi działalności medycznej w zakresie monitorowania i realizacji standardów Akredytacyjnych CMJ,
- 2) Zespołami/Komitetami powiązаныmi z promowaniem i monitorowaniem jakości działalności medycznej, w szczególności z:
 - a) Zespołem ds. Jakości – stanowiącym bezpośrednie wsparcie Szpitala w zakresie doskonalenia jakości w kontekście Standardów Akredytacyjnych,
 - b) Zespołem ds. Zdarzeń Niepożądanych,
 - c) Komitetem Kontroli Zakażeń Zakładowych,
 - d) Zespołem Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych,
 - e) Zespołem ds. Farmakoterapii,
 - f) Zespołem Leczenia Bólu,
 - g) Zespołem ds. Etyki,
 - h) Zespołem ds. Monitorowania Jakości Podejmowanych Czynności Reanimacyjnych,
- 3) Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta.

§ 23

Do zadań Działu Zarządzania Jakością i Akredytacji należy:

- 1) koordynowanie i promowanie standardów akredytacyjnych CMJ w komórkach części medycznej,
- 2) wspieranie działań mających na celu poprawę jakości funkcjonowania Szpitala,
- 3) wyznaczanie kierunków poprawy i wspierania jakości,
- 4) realizowanie wytycznych zawartych w standardach akredytacyjnych CMJ,

- 5) monitorowanie stopnia wdrożenia przyjętych wytycznych związanych z doskonaleniem jakości w zgodności z przepisami prawa, standardami akredytacyjnymi oraz standardami systemu zarządzania jakością ISO 9001.

§ 24

Do zadań lekarza – specjalisty ds. jakości w ramach Działu Zarządzania Jakością i Akredytacji należy:

- 1) analiza i ocena dokumentacji medycznej pod względem kompletności zawartych w niej informacji w kontekście przepisów prawa oraz wytycznych zawartych w standardach Akredytacyjnych CMJ,
- 2) analiza i ocena dokumentacji medycznej pod względem merytorycznym w kontekście przepisów prawa oraz wytycznych zawartych w standardach Akredytacyjnych CMJ,
- 3) formułowanie i przekazywanie wniosków z weryfikacji dokumentacji medycznej Dyrekcji oraz Kierownikom Oddziałów celem usprawniania i doskonalenia zawartości dokumentacji medycznej,
- 4) formułowanie zaleceń mających na celu doskonalenie oraz aktualizację dokumentacji medycznej oraz stosowanych formularzy,
- 5) analiza przekazanych wniosków z Oddziałów wymaganych przez Standardy CMJ, dotyczących analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją, w szczególności dotyczących analiz:
 - a) przyczyn przedłużonego pobytu,
 - b) przyczyn zgonów pacjentów,
 - c) przyczyn zgonów okołoperacyjnych, (Oddziały zabiegowe)
 - d) nieplanowych, powtórnych hospitalizacji,
 - e) reoperacji (Oddziały zabiegowe),
 - f) częstości i skuteczności czynności reanimacyjnych,
 - g) skutków i zabiegów zaobserwowanych w trakcie hospitalizacji,
 - h) odległych skutków wykonywanych zabiegów,
 - i) przyczyn odmów hospitalizacji (Izba Przyjęć, KOR),
- 6) formułowanie wniosków i usprawnień na podstawie otrzymanych z oddziałów analiz z istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją mających na celu doskonalenie jakości świadczonych usług medycznych,
- 7) udział w wewnętrznych audytach jakości, formułowanie na ich podstawie wniosków mających na celu doskonalenie świadczonych usług,
- 8) wspieranie i promowanie doskonalenia procesów medycznych wynikających z przepisów prawa, zestawu standardów Akredytacyjnych CMJ oraz standardów ISO 9001.

§ 25

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

- 1) nadzorowanie i monitorowanie procesów związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie, przedstawianie kierunków i wytycznych zgodnych ze standardami, prowadzenie szkoleń,
- 2) monitorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych zgodnie ze Standardami Akredytacyjnymi Centrum Monitorowania Jakości,
- 3) nadzorowanie i monitorowanie systemu ISO 9001:2015, sporządzanie dokumentacji z zakresu zarządzania jakością w Szpitalu w zgodności z aktualnymi wymaganiami normy ISO, przedkładanie Dyrektorowi Naczelnemu dokumentacji do zatwierdzenia,

- 4) przygotowanie materiałów wejściowych na przeglądy zarządzania, organizowanie przeglądów, sporządzanie sprawozdań z przeglądów, monitorowanie decyzji podjętych na przeglądach w zgodności z przyjętym systemem ISO,
- 5) aktualizacja Księgi Jakości Szpitala zawierającej opis systemu zarządzania jakością w USK Nr 4 w Lublinie pozostający w korespondencji z wymaganiami Normy ISO 9001,
- 6) prowadzenie Szpitalnego Rejestru Zdarzeń Niepożądanych,
- 7) zarządzanie ryzykiem zgodnie z wymogami Normy ISO 9001:2015,
- 8) koordynowanie i nadzorowanie pracy wewnętrznych audytorów jakości oraz udział wewnętrznych audytach jakości,
- 9) sporządzanie rocznego planu audytów jakości oraz sporządzanie raportu z realizacji wewnętrznych audytów do wiadomości Dyrekcji oraz na potrzeby zgodności z wymaganiami systemu ISO 9001,
- 10) bieżąca współpraca z najwyższym kierownictwem oraz kierownictwem średniego szczebla w zakresie funkcjonowania i doskonalenia systemu,
- 11) nadzorowanie i monitorowanie dokumentacji powiązanej z SZJ (procedur i instrukcji) z zakresu systemu zarządzania jakością w zgodności z wdrożonym systemem ISO 9001:2015, zatwierdzanie pod względem formalnym dokumentacji SZJ (procedur i instrukcji) przed przekazaniem Dyrektorowi Naczelnemu do ostatecznego zatwierdzenia i wprowadzenie w życie,
- 12) nadzorowanie i koordynowanie systemu kontroli zarządczej w USK Nr 4 w Lublinie zgodnie z przepisami prawa zawartymi w ustawie o finansach publicznych,
- 13) przechowywanie dokumentacji związanej z analizami wymaganymi przez Standardy Akredytacyjne.

§ 26

Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością współpracuje z:

- 1) Dyrektorem Naczelnym w zakresie: przedstawiania do zatwierdzenia dokumentacji związanej z systemem zarządzania jakością w kontekście zgodności z ISO 9001:2015, przedstawianie informacje w zakresie realizacji i stopnia wdrożenia standardów Akredytacyjnych CMJ, przedstawiania dokumentacji powiązanej z systemem kontroli zarządczej, koordynowania i monitorowania procesów związanych z zarządzaniem ryzykiem,
- 2) z Zastępcami Dyrektora w zakresie: koordynacji procesów związanych z wymogami Standardów Akredytacyjnych, koordynacji i realizacji wymagań standardów systemu zarządzania jakością ISO 9001, monitorowania systemu kontroli zarządczej oraz zarządzania ryzykiem,
- 3) z kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie: monitorowania i koordynowania wymagań określonych w Standardach Akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości, monitorowania i koordynowania wymagań systemu zarządzania jakością ISO 9001, monitorowania i koordynowania wymagań systemu kontroli zarządczej oraz systemu zarządzania ryzykiem.

ROZDZIAŁ IV

Dział Audytu i Kontroli

§ 27

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

§ 28

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

§ 29

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.

§ 30

Audytora wewnętrznego, realizującego 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.

§ 31

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.

§ 32

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.

§ 33

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.

§ 34

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.

§ 35

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.

§ 36

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.

§ 37

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.

§ 38

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.

§ 39

Stanowiska w Dziale Audytu i Kontroli:

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

ROZDZIAŁ V

Zespół Komunikacji i Promocji

§ 40

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

§ 41

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

§ 42

Do podstawowych zadań Zespołu Komunikacji i Promocji należy:

- 1) w zakresie współpracy z mediami:
 - a) zapewnianie obsługi medialnej dla Szpitala,
 - b) reprezentowanie Szpitala w mediach,
 - c) nadzorowanie i koordynowanie kontaktów pracowników Szpitala z mediami,
 - d) przygotowywanie i udzielanie odpowiedzi na publikacje i interwencje prasowe oraz audycje radiowe i telewizyjne, dotyczące działalności Szpitala.
 - e) udział i współpraca z innymi jednostkami w zakresie działań promocyjnych dotyczących Szpitala,
 - f) obsługa konferencji prasowych, prezentowanie oficjalnych stanowisk, opinii Dyrekcji Szpitala lub osób zarządzających poszczególnymi komórkami organizacyjnymi,
 - g) analiza przekazywanych przez komórki organizacyjne Szpitala informacji,
 - h) sporządzanie przeglądów prasy i mediów elektronicznych;
- 2) w zakresie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej:
 - a) przygotowywanie materiałów i komunikatów dotyczących obecnych i przeszłych działań Szpitala,
 - b) koordynowanie komunikacji wewnętrznej Szpitala,
 - c) administrowanie strony internetowej Szpitala i stron w mediach społecznościowych USK Nr 4 w Lublinie, nadzór nad ich bieżącą aktualizacją i rozwojem,
 - d) tworzenie strategii i kampanii informacyjno-promocyjnych,
 - e) koordynowanie funkcjonowania systemu identyfikacji wizualnej Szpitala,
 - f) koordynowanie spraw związanych z wizerunkiem Szpitala,
 - g) projektowanie oraz przygotowanie materiałów graficznych informujących m.in. o działalności Szpitala oraz programach i akcjach profilaktycznych,
 - h) popularyzowanie i upowszechnianie wiedzy związanej z działalnością Szpitala.
- 3) współpraca z podmiotami zewnętrznymi, prowadzenie akcji na rzecz współpracy m.in. z organizacjami charytatywnymi i fundacjami,
- 4) pozyskiwanie środków finansowych od sponsorów,
- 5) zapewnienie tłumaczenia dla pacjentów obcojęzycznych.

§ 43

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

§ 44

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

§ 45

Stanowiska w Zespole Komunikacji i Promocji:

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

ROZDZIAŁ VI

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

§ 46

1. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta – funkcja powołana w celu reprezentowania i ochrony praw pacjentów USK Nr 4 w Lublinie.
2. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta podlega organizacyjnie Dyrektorowi USK Nr 4 w Lublinie.

§ 47

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.

§ 48

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.

§ 49

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

§ 50

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 VII

Centrum Innowacyjnych Terapii

§ 51

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

§ 52

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 należycie 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.

§ 53

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.

§ 54

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

- 4) inspektorzy ds. badań klinicznych,
- 5) pielęgniarka.

ROZDZIAŁ VIII

Inspektorzy Ochrony Radiologicznej

§ 55

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

§ 56

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 IX

Inspektor ds. obrony cywilnej

§ 57

Inspektor ds. obrony cywilnej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.

§ 58

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.

§ 59

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 X

Zespół ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

§ 60

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

§ 61

1. W skład Zespołu ds. BHP wchodzi starsi specjaliści oraz 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.

§ 62

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.

§ 63

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 XI

Inspektor Ochrony Danych

§ 64

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

§ 65

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.

§ 66

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, Ustawy o ochronie danych osobowych oraz innych przepisów prawa dotyczących ochrony danych osobowych i doradzanie im w tej sprawie;
- 2) monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów prawnych o ochronie danych osobowych oraz obowiązujących 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 związanych 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;
 - c) opiniowanie umów na powierzenie przez USK Nr 4 w Lublinie przetwarzania danych innym podmiotom.
- 4) prowadzenie rejestrów związanych z realizacją zadań z zakresu polityki bezpieczeństwa informacji, w szczególności dotyczących danych osobowych;
- 5) kreowanie, opracowywanie i aktualizacja Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji oraz nadzoru nad jego realizacją;
- 6) przeprowadzania inspekcji (sprawdzeń/audytów) z zakresu bezpieczeństwa informacji, w szczególności dotyczących danych osobowych;
- 7) sprawdzanie funkcjonowania zabezpieczeń wdrożonych w USK Nr 4 w Lublinie w celu ochrony danych osobowych;

- 8) współpraca z administratorami systemów informatycznych w zakresie definiowania uprawnień dostępów do danych przetwarzanych w systemie informatycznym;
- 9) sprawdzanie działania podmiotów trzecich, którym USK Nr 4 w Lublinie powierzył do przetwarzania dane osobowe pod względem zabezpieczenia tych danych;
- 10) udział w czynnościach kontrolnych dokonywanych przez organy państwowe, uprawnione do kontroli w zakresie ochrony danych osobowych;
- 11) informowanie Administratora Danych o wynikach dokonywanych sprawdzeń i kontroli;
- 12) podejmowanie odpowiednich działań w przypadku wystąpienia incydentów naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych;
- 13) inicjowanie i podejmowanie działań w zakresie doskonalenia systemu bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych w USK Nr 4 w Lublinie;
- 14) 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;
- 15) współpraca z organem nadzorczym;
- 16) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego oraz osób, których dane dotyczą, w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

§ 67

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 XII

Kapelan

§ 68

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 V „A”

Sekretariaty Dyrekcji

Sekretariaty Dyrekcji

§ 1

1. Obsługa biurowa Dyrekcji USK Nr 4 w Lublinie należy do:
 - 1) Sekretariatu Dyrektora Naczelnego i Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji,
 - 2) Sekretariatu Zastępców Dyrektora: ds. Medycznych i ds. Infrastruktury i Inwestycji.
2. Pracownicy Sekretariatów podlegają służbowo Kierownikowi Działu Organizacyjnego.

§ 2

Sekretariaty organizują i wykonują prace kancelaryjne związane z ogólną obsługą biurową Dyrekcji USK Nr 4 w Lublinie, w szczególności w zakresie:

- 1) przyjmowania i rejestrowania pism przekazywanych przez Kancelarię lub bezpośrednio przez Dyrektora/zastępców,
- 2) przekazywanie pism/spraw do załatwienia według dekretacji Dyrektora/Zastępców,
- 3) przygotowywanie korespondencji Dyrekcji: przepisywanie, powielanie, przekazywanie Kancelarii do ekspedycji,
- 4) prowadzenie rejestru spraw i przekazywanie akt spraw załatwionych,
- 5) prowadzenie zbioru wewnętrznych aktów prawnych i korespondencji związanej ze sprawami organizacyjnymi,
- 6) prowadzenie rejestrów określonych przez Dyрекcję,
- 7) nadawanie i przyjmowanie faksów,
- 8) przekazywanie teczek aktowych do archiwum,
- 9) łączenie rozmów telefonicznych,
- 10) przedkładanie Dyrektorowi/Zastępcom pism wymagających ich podpisu, przygotowywanych przez innych pracowników.

§ 3

Sekretariaty przekazują Dyrektorom bezpośrednio korespondencję:

- 1) adresowaną imiennie,
- 2) w sprawach o charakterze reprezentacyjnym,
- 3) od organów założycielskich i organów władzy państwowej,
- 4) od Rady Społecznej USK Nr 4 w Lublinie,
- 5) zastrzeżoną do odbioru przez Dyrektora,
- 6) dotyczącą organizacji, zakresu działania i zasad funkcjonowania USK Nr 4 w Lublinie,
- 7) skargi i wnioski dotyczące działalności,
- 8) protokoły i zalecenia pokontrolne,
- 9) dotyczące spraw osobowych pracowników.

§ 4

Zastępcom Dyrektora Sekretariaty przedkładają korespondencję:

- 1) imienną do nich adresowaną,
- 2) dotyczącą prowadzonych przez nich spraw, zgodnie z podziałem zadań, kompetencji i odpowiedzialności,
- 3) zastrzeżoną do ich wglądu,
- 4) dekretowaną na nich przez Dyrektora Naczelnego.

§ 5

Pracownicy Sekretariatów przy dokonywaniu czynności kancelaryjnych stosują zasady postępowania określone w obowiązującej Instrukcji Kancelaryjnej.

§ 6

Czynności kancelaryjne w Sekretariatach wykonują:

- 1) starszy specjalista – asystent Dyrektora,
- 2) specjalista – asystent Dyrektora,
- 3) starszy inspektor – asystent Dyrektora.

CZĘŚĆ VI

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, Ordynatora Oddziału, lekarza kierującego Oddziałem/Kierownika Kliniki/Zakładu i kierowników innych komórek organizacyjnych.

§ 2

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 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/*

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 Operacji	13
3. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych	16
4. Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji	18
4a. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością	20
- uchylony	20
4b. Pełnomocnik Dyrektora ds. Innowacji i Rozwoju	21
- uchylony	21
5. Główny Księgowy	22
6. Naczelna Pielęgniarka	24
7. Stanowiska kierownicze	26
CZĘŚĆ II	27
Organizacja i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych	27
DZIAŁ A	28
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych	28
ROZDZIAŁ I	29
Zasady ogólne przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych	29
ROZDZIAŁ II	32
Lecznictwo ambulatoryjne	32
1. Poradnie Specjalistyczne	34
2. Podstawowa Opieka Zdrowotna – POZ	35
3. Rejestracje	37
4. Zespół do Spraw Rozliczeń	39
- uchylony	39
ROZDZIAŁ III	40
Lecznictwo zamknięte	40
1. Oddziały Szpitalne/Kliniki	40
2. Kliniczny Oddział Sztucznej Nerki	45
3. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej w Klinicznym Oddziale Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety	47
ROZDZIAŁ IV	48
Blok Operacyjny	48
ROZDZIAŁ V	49
Kliniczny Oddział Ratunkowy, Centrum Urazowe i Izby Przyjęć	49
1. Kliniczny Oddział Ratunkowy – zasady ogólne	49

2. Centrum Urazowe	54
3. Izba Przyjęć Planowa – zasady ogólne	55
4. Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza	56
ROZDZIAŁ VI.....	59
Zakłady i Pracownie.....	59
1. Pracownie z obszaru kardiologii i kardiochirurgii.....	59
2. Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii	72
3. Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej	74
4. Pracownia Bronchoskopii	77
5. Pracownia EEG.....	78
6. Pracownia Endoskopii	79
7. Pracownia Ultrasonografii.....	80
8. Zakład Fizjoterapii	82
9. Ośrodek Rehabilitacji Diennej.....	84
10. II Zakład Fizjoterapii.....	86
11. Zakład Patomorfologii	87
12. Pracownia Neurochemii i Biologii Molekularnej	89
ROZDZIAŁ VII.....	90
Dział Sterylizacji.....	90
ROZDZIAŁ VIII.....	93
Apteka	93
ROZDZIAŁ IX.....	100
Sekretariaty medyczne	100
ROZDZIAŁ X.....	101
Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej	101
ROZDZIAŁ XI.....	107
Archiwum Centralne.....	107
- uchylony	107
ROZDZIAŁ XII.....	108
Medycyna Pracy	108
ROZDZIAŁ XIII.....	109
Główny Epidemiolog	109
- uchylony	109
ROZDZIAŁ XIV.....	110
Transfuzjolog Szpitalny.....	110
ROZDZIAŁ XV.....	111
Dział Krwiolecznictwa.....	111
ROZDZIAŁ XVI.....	114
Zastępca Naczelnej Pielęgniarki	114
- uchylony	114
ROZDZIAŁ XVII.....	115
Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego	115
ROZDZIAŁ XVIII.....	117
Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej.....	117
- uchylony	117
ROZDZIAŁ XIX.....	118
Audytor dokumentacji medycznej – starszy specjalista.....	118
- uchylony	118

ROZDZIAŁ XX.....	119
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta	119
- uchylony	119
ROZDZIAŁ XXI.....	120
Warunki współdziałania jednostek, komórek organizacyjnych działalności medycznej dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania USK Nr 4 w Lublinie pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym.....	120
ROZDZIAŁ XXII.....	121
Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	121
ROZDZIAŁ XXIII.....	122
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat za udzielane świadczenia	122
ROZDZIAŁ XXIV	125
Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej	125
ROZDZIAŁ XXV	126
Dział Usług Medycznych i Rozliczeń	126
- uchylony	126
ROZDZIAŁ XXVI	127
Medyczne laboratorium diagnostyczne - Pracownia Genetyczna	127
ROZDZIAŁ XXVII	129
Dział Dietetyki.....	129
ROZDZIAŁ XXVIII	131
Leczenie Żywieniowe.....	131
ROZDZIAŁ XXIX.....	132
Pełnomocnik Dyrektora ds. Koordynacji Procesów Medycznych	132
ROZDZIAŁ XXX.....	133
Archiwum Centralne.....	133
ROZDZIAŁ XXXI.....	136
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne	136
ROZDZIAŁ XXXII.....	138
Uniwersyteckie Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii	138
Rozdział XXXIII	139
Lubelski Ośrodek Spastyczności	139
Rozdział XXXIV	140
Dział Farmacji Klinicznej i Farmakoekonomiki	140
DZIAŁ B	141
Pion działalności Naczelnej Pielęgniarki	141
ROZDZIAŁ I	142
Zastępca Naczelnej Pielęgniarki	142
ROZDZIAŁ II.....	143
Pielęgniarka koordynująca w zakresie organizacji opieki poszpitalnej.....	143
ROZDZIAŁ III	144
Dział Żywienia.....	144
ROZDZIAŁ IV.....	146
Archiwum Centralne.....	146

- uchylony	146
CZĘŚĆ III.....	147
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Finansów i Operacji	147
ROZDZIAŁ I	148
Postanowienia ogólne	148
ROZDZIAŁ II.....	149
Dział Kadr i Płac	149
ROZDZIAŁ III	153
Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych	153
ROZDZIAŁ IV.....	156
Dział Rozliczeń Usług Medycznych	156
ROZDZIAŁ V.....	159
Dział Kontrolingu i Analiz.....	159
ROZDZIAŁ VI.....	161
Dział Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji	161
ROZDZIAŁ VII.....	163
Dział Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych.....	163
ROZDZIAŁ VIII.....	166
Dział Zamówień Publicznych	166
ROZDZIAŁ IX.....	169
Dział Logistyki Szpitala.....	169
ROZDZIAŁ X.....	172
Dział Infrastruktury i Wsparcia Informatycznego	172
ROZDZIAŁ XI.....	175
Dział Wdrożeń i Utrzymania Systemów Informatycznych	175
ROZDZIAŁ XII.....	178
Kancelaria Ogólna.....	178
CZĘŚĆ IV.....	181
Pion działalności Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji	181
ROZDZIAŁ I.....	182
Postanowienia Ogólne	182
ROZDZIAŁ II.....	183
Dział Eksploatacyjny	183
1. Sekcja Gospodarki Ciepłej	183
2. Sekcja Remontowo-Budowlana	184
3. Sekcja Elektryczna	185
4. Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji	188
ROZDZIAŁ III	191
Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji	191
ROZDZIAŁ IV.....	192
Dział Aparatury Medycznej	192
ROZDZIAŁ V.....	195
Dział Usług Niemedycznych.....	195
ROZDZIAŁ VI.....	197
Dział Administracyjno-Gospodarczy.....	197
ROZDZIAŁ VII.....	200
Stanowiska pracy niewchodzące w strukturę Działów	200
CZĘŚĆ V	201

Pion bezpośredniej podległości Dyrektorowi Naczelnemu	201
ROZDZIAŁ I	202
Główny Księgowy – Dział Finansowo-Księgowy	202
ROZDZIAŁ II	207
Dział Organizacyjno-Prawny	207
ROZDZIAŁ III	209
Dział Zarządzania Jakością i Akredytacji	209
ROZDZIAŁ IV	212
Dział Audytu i Kontroli	212
ROZDZIAŁ V	216
Zespół Komunikacji i Promocji	216
ROZDZIAŁ VI	218
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta	218
ROZDZIAŁ VII	221
Centrum Innowacyjnych Terapii	221
ROZDZIAŁ VIII	225
Inspektorzy Ochrony Radiologicznej	225
ROZDZIAŁ IX	227
Inspektor ds. obrony cywilnej	227
ROZDZIAŁ X	228
Zespół ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy	228
ROZDZIAŁ XI	231
Inspektor Ochrony Danych	231
ROZDZIAŁ XII	233
Kapelan	233
CZĘŚĆ V „A”	234
Sekretariat Dyrekcji	234
CZĘŚĆ VI	237
Postanowienia końcowe	237