

**Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
im. Jana Bożego w Lublinie**

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
(Tekst jednolity)



Zdrowie naszych pacjentów najwyższą wartością

Lublin, czerwiec 2014 r.

Spis treści:

I. Postanowienia ogólne	3
II. Cele i zadania Szpitala	4
III. Struktura organizacyjna Szpitala	5
IV. Rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	6
V. Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Szpitala	7
VI. Organizacja, zadania i współdziałanie poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym:	
1. Pion Dyrektora	10
2. Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa	46
3. Pion Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych	74
4. Pion Naczelnej Pielęgniarki	80
VII. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala	90
1. Udzielanie świadczeń w Izbach Przyjęć Szpitala	92
2. Świadczenia w zakresie lecznictwa zamkniętego (hospitalizacja)	94
3. Blok Operacyjny	99
4. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	101
5. Świadczenia ambulatoryjne	101
6. Badania diagnostyczne	102
7. Pozostałe zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych	104
VIII. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania	105
IX. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat	107
X. Wysokość opłat pobieranych przez Szpital	107
XI. Postanowienia końcowe	108

**Regulamin Organizacyjny
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
im. Jana Bożego w Lublinie**

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, zwany dalej Szpitalem, jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Siedzibą Szpitala jest miasto Lublin.

§ 2.

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie działa na podstawie:

- 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (T. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.), zwana dalej ustawą,
- 2) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T. j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
- 3) Ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (T. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 330 z późn. zm.),
- 4) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (T. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 885 z późn. zm.),
- 5) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T. j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.),
- 6) Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala im. Jana Bożego w Lublinie,
- 7) innych przepisów regulujących działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 3.

1. Podmiotem tworzącym Szpitala jest Województwo Lubelskie.
2. Obszar działania Szpitala obejmuje Województwo Lubelskie.

§ 4.

Szpital uzyskał osobowość prawną na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

§ 5.

Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie określa:

- 1) cele i zadania Szpitala,
- 2) strukturę organizacyjną,
- 3) rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 4) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi,
- 5) organizację, zadania i współdziałanie poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala,
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala,

- 7) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 8) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- 9) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych inne niż finansowane ze środków publicznych,
- 10) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
- 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.

§ 6.

Treść Regulaminu Organizacyjnego ustala Dyrektor Szpitala.

§ 7.

Ilekróć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) przedstawicieli ustawowym – oznacza to osobę reprezentującą (z mocy ustawy rodzica, lub na podstawie postanowienia sądu – opiekuna, kuratora) osobę nie mającą lub mającą ograniczoną zdolność do czynności prawnych,
- 2) opiekunie faktycznym – oznacza to osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga,
- 3) osobie bliskiej – oznacza to małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta,
- 4) pracownikowi – oznacza to pracownika w rozumieniu kodeksu pracy oraz osoby pracujące w szpitalu na podstawie umowy-zlecenia,
- 5) ustawie – dotyczy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.),
- 6) jednostce organizacyjnej – oznacza to odpowiednio szpital, przychodnię, dział, laboratorium,
- 7) komórce organizacyjnej – oznacza to odpowiednio zespół, oddział, poradnię, pracownię, sekcję, stanowisko samodzielne.

II. CELE I ZADANIA SZPITALA

§ 8.

Celem funkcjonowania Szpitala jest ochrona zdrowia u ludności objętej obszarem jego działania poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i ambulatoryjnych.

§ 9.

Do zadań Szpitala należy:

- 1) sprawowanie stacjonarnej opieki zdrowotnej w specjalnościach reprezentowanych przez Szpital,
- 2) udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych przez poradnie Wojewódzkich Przychodni oraz poradnie Przychodni Specjalistycznej,
- 3) wykonywanie badań diagnostycznych przez pracownię i laboratoria diagnostyczne,
- 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,
- 5) podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych,
- 6) prowadzenie działalności szkoleniowej, w tym staży podyplomowych i specjalizacyjnych,
- 7) prowadzenie działalności naukowo-badawczej,
- 8) realizacja zadań obronnych wynikających z odrębnych przepisów.

III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA

§ 10.

1. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie prowadzi przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy:
 - 1) Przedsiębiorstwo – Szpital Wieloprofilowy,
 - 2) Przedsiębiorstwo – Zespół Przychodni Specjalistycznych,
 - 3) Przedsiębiorstwo – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.
2. W skład przedsiębiorstwa – Szpital Wieloprofilowy wchodzi następujące jednostki organizacyjne:
 - 1) Oddział Internistyczny:
 - a) Izba Przyjęć Ogólna,
 - b) Pracownia Echokardiograficzna,
 - c) Pracownia Holterowska,
 - d) Pracownia Prób Wysiłkowych Serca,
 - 2) Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych:
 - a) Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych dla Dzieci,
 - 3) Wojewódzki Ośrodek Diagnostyki i Terapii Gruźlicy i Chorób Płuc:
 - a) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy,
 - b) Izba Przyjęć dla Chorych na Gruźlicę,
 - c) Pracownia Bronchoskopowa,
 - 4) Oddział Ginekologii:
 - a) Pododdział Ginekologii Onkologicznej,
 - 5) Oddział Położniczy z Oddziałem Patologii Ciąży,
 - 6) Oddział Noworodków i Wcześnieaków,
 - 7) Blok Operacyjny,
 - 8) Izba Przyjęć Ginekologiczno – Położnicza,
 - 9) Oddział Anestezjologii,
 - 10) Laboratorium Centralne:
 - a) Pracownia Biochemii, Immunochemii z Wirusologią,
 - b) Pracownia Hematologii,
 - c) Pracownia Analityki Ogólnej,
 - d) Pracownia Mikrobiologiczna,
 - e) Pracownia Prątka Gruźlicy,
 - f) Punkt Pobrań.
 - 11) Dział Diagnostyki RTG:
 - a) Pracownia RTG ul. Biernackiego 9,
 - b) Pracownia RTG ul. Sieroca 2B,
 - c) Pracownia USG ul. Biernackiego 9,
 - d) Pracownia USG ul. Lubartowska 81,
 - e) Pracownia Tomografii Komputerowej.
 - 12) Bank Krwi z Pracownią Serologii Transfuzjologicznej,
 - 13) Apteka.
3. W skład przedsiębiorstwa – Zespół Przychodni Specjalistycznych wchodzi:
 - 1) Wojewódzki Ośrodek Diagnostyki i Terapii Gruźlicy i Chorób Płuc:
 - a) Wojewódzka Przychodnia Chorób Płuc i Gruźlicy:
 - Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dorosłych,
 - Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci,
 - Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem,
 - Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego,

- 2) Wojewódzka Przychodnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci:
 - a) Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci,
 - b) Poradnia Pediatria Szczepień dla Dzieci Wysokiego Ryzyka,
 - c) Punkt Szczepień,
- 3) Wojewódzka Przychodnia Ginekologiczno – Położnicza:
 - a) Poradnia Ginekologiczno – Położnicza,
 - b) Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej,
 - c) Poradnia Patologii Ciąży,
 - d) Poradnia Leczenia Niepłodności,
 - e) Pracownia Andrologiczno – Cyt hormonalna,
 - f) Poradnia Neonatologiczna.
4. W skład przedsiębiorstwa – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy *im. św. Josemarii Escrivy Belaguer* wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy nr 1,
 - 2) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy nr 2.

§ 11.

W Szpitalu działają następujące jednostki i komórki organizacyjne działalności administracyjnej:

- 1) Dział Organizacji i Nadzoru,
- 2) Dział Kadrowo – Płacowy,
- 3) Dział Finansowy,
- 4) Dział Techniczno – Administracyjny,
- 5) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,
- 6) Dział Żywnienia,
- 7) Dział Higieny Szpitalnej,
- 8) Zespół ds. Sanitarno – Epidemiologicznych,
- 9) Zespół Radców Prawnych,
- 10) Zespół ds. Informatyki,
- 11) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
- 12) Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
- 13) Administrator Bezpieczeństwa Informacji,
- 14) Stanowisko ds. BHP,
- 15) Stanowisko ds. Obronnych i Obrony Cywilnej
- 16) Stanowisko ds. Ochrony Przeciwpożarowej,
- 17) Stanowisko ds. Kontroli Wewnętrznej,
- 18) Stanowisko ds. Administracyjnych,
- 19) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
- 20) Kapelan.

IV. RODZAJE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 12.

Szpital prowadzi działalność w rodzaju:

1. Stacjonarne i całodobowe szpitalne świadczenia zdrowotne w ramach Przedsiębiorstwa o nazwie Szpital wieloprofilowy w zakresach:
 - 1) chorób wewnętrznych,
 - 2) (uchylony),
 - 3) (uchylony),
 - 4) (uchylony),

- 5) (uchylony),
 - 6) chorób zakaźnych dla dzieci,
 - 7) chorób płuc i gruźlicy,
 - 8) ginekologiczno-położniczych,
 - 9) neonatologii,
 - 10) diagnostyki laboratoryjnej (hematologia, analityka ogólna, biochemia kliniczna, mikrobiologia, wirusologia, parazytologia, endokrynologia, immunologia, markery nowotworowe, diagnostyka gruźlicy),
 - 11) diagnostyki radiologicznej.
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w ramach Przedsiębiorstwa o nazwie Zakład Opiekuńczo-Leczniczy im. św. Josemarii Escrivy de Balaguer w zakresie opieki długoterminowej.
 3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w ramach Przedsiębiorstwa o nazwie Zespół Przychodni Specjalistycznych w zakresach:
 - 1) (uchylony),
 - 2) (uchylony),
 - 3) (uchylony),
 - 4) (uchylony),
 - 5) (uchylony),
 - 6) (uchylony),
 - 7) (uchylony),
 - 8) chorób płuc i gruźlicy dla dorosłych i dzieci,
 - 9) chorób zakaźnych dla dzieci,
 - 10) ginekologiczno-położniczych,
 - 11) (uchylony),
 - 12) endokrynologii,
 - 13) (uchylony),
 4. Świadczenia udzielane są w siedzibie Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego przy ul. Biernackiego 9, ul. Lubartowskiej 81 i ul. Sieroczej 2B w Lublinie.

V. SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

§ 13.

1. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
4. Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy:
 - 1) Zastępców Dyrektora,
 - 2) Naczelnej Pielęgniarki,
 - 3) Głównego Księgowego,
 - 4) kierowników komórek organizacyjnych.
5. Podczas nieobecności Dyrektora, Szpitalem kieruje Zastępca ds. Lecznictwa, lub osoba przez niego upoważniona.

§ 14.

1. Dyrektor wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,

- 3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
 - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
 - 6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych,
2. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
 - 1) zarządzenia,
 - 2) decyzje,
 - 3) instrukcje,
 - 4) procedury.
 3. Dyrektor wydaje i zatwierdza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
 4. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika zakładu,
 - 2) kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
 - 3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
 - 4) współdziałania z podmiotem tworzącym oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 5) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego,
 - 6) zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowanie przepisów prawa.
 5. Dyrektor może upoważnić Zastępcę do czynności wymienionych w pkt. 4 na czas swojej nieobecności.

§ 15.

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

§ 16.

1. Komórkami organizacyjnymi działalności medycznej kierują:
 - 1) ordynator/lekarz kierujący oddziałem,
 - 2) kierownik – zakładem opiekuńczo-leczniczym, przychodnią, laboratorium, apteką, działem RTG, bankiem krwi,
 - 3) pielęgniarka/położna oddziałowa – oddziałem, izbą przyjęć,
 - 4) pielęgniarka/położna koordynująca – przychodnią,
2. Komórkami organizacyjnymi działalności niemedycznej kierują:
 - 1) kierownicy działu, sekcji,
 - 2) koordynatorzy zespołu.

§ 17.

1. Do podstawowych obowiązków osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie właściwej organizacji pracy całej komórki oraz systemu kontroli wewnętrznej,
 - 2) nadzór nad efektywnym wykorzystaniem czasu pracy, przestrzeganiem porządku i dyscypliny pracy, tajemnicy służbowej, przepisów BHP, ppoż.,
 - 3) ocena wyników pracy podległych pracowników – wnioskowanie w sprawach płacowych, w sprawach nagród i kar dla pracowników,
 - 4) sporządzanie projektu opinii o podległych pracownikach,
 - 5) zaznajamianie nowoprzyjętych pracowników z zakresem ich obowiązków oraz sposobem wykonywania pracy na wyznaczonym stanowisku,

- 6) organizowanie pracy w sposób zabezpieczający przed wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi,
 - 7) zapewnienie bezpiecznego i higienicznego stanu pomieszczeń i wyposażenia technicznego w miejscu pracy,
 - 8) organizowanie narad i szkoleń z pracownikami,
 - 9) współdziałanie z kierownikami innych jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie właściwego doboru obsady kadrowej i szkoleń pracowników,
 - 10) informowanie Dyrektora Szpitala o ważniejszych problemach i wynikach pracy podległej jednostki/komórki organizacyjnej.
2. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych ponoszą odpowiedzialność za wykonanie zadań podległych im jednostek i komórek organizacyjnych, a wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, Statutu Szpitala, Regulaminów Szpitala oraz poleceń Dyrektora Szpitala.
 3. W czasie nieobecności pracownika na stanowisku kierowniczym, obowiązki przejmuje jego zastępca, a w przypadku braku zastępcy osoba wskazana przez kierownika na wniosku o udzielenie urlopu wypoczynkowego/okolicznościowego zwolnienia od pracy, bądź osoba wyznaczona przez Dyrektora w przypadkach nagłych.

§ 18.

Nadzór nad działalnością komórek organizacyjnych Szpitala sprawują odpowiednio:

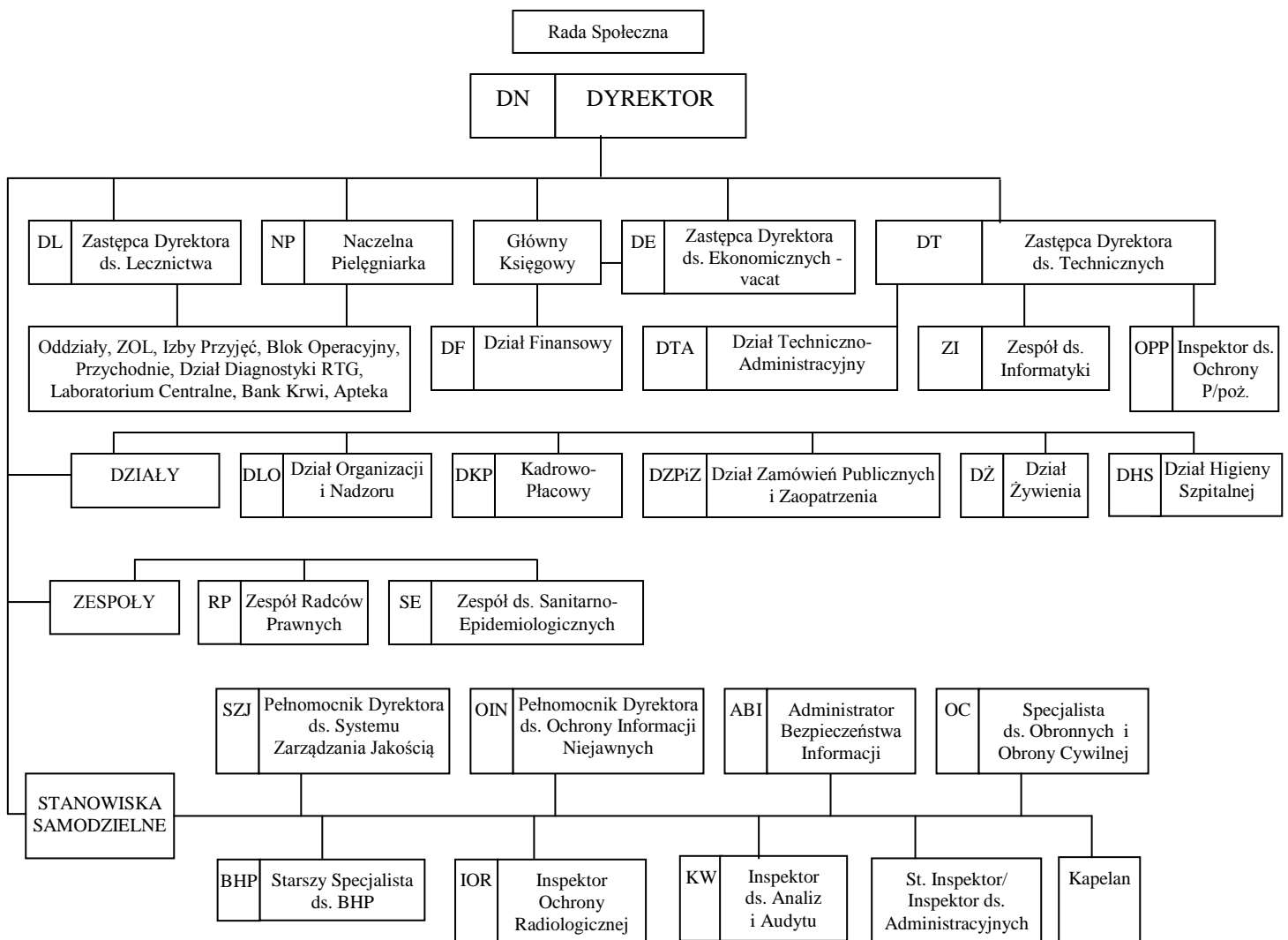
- 1) Dyrektor,
- 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 3) Zastępca Dyrektora ds. Technicznych,
- 4) Naczelnia Pielęgniarka.

**VI. ORGANIZACJA, ZADANIA I WSPÓŁDZIAŁANIE POSZCZEGÓLNYCH
JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNEGO
I EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA SZPITALA POD WZGLĘDEM
DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZYM, PIEŁĘGNACYJNYM, REHABILITACYJNYM
I ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZYM**

1. PION DYREKTORA

DYREKTOR SZPITALA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA DYREKTORA SZPITALA

CEL:

Zarządzanie Samodzielnym Publicznym Szpitalem Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie poprzez kierowanie zakładem i reprezentowanie go na zewnątrz w sposób tworzący optymalne warunki dla realizacji przez Szpital statutowych zadań w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i innych form działalności.

ZAKRES DZIAŁANIA:

1. Efektywne zarządzanie SPSzW oraz nadzór i kontrola nad sytuacją ekonomiczną, przestrzeganie dyscypliny finansowej.
2. Negocjowanie rocznego planu rzeczowo-finansowego szpitala (kontraktu) i przestrzeganie jego wykonania.
3. Prowadzenie racjonalnej polityki kadrowej uwzględniającej maksymalne wykorzystanie kwalifikacji, jakości i efektywności pracy.
4. Tworzenie warunków do rozwoju Szpitala zgodnie z potrzebami rynku zdrowotnego, w szczególności w zakresie stosowania i wdrażania nowych technologii medycznych oraz sprostania konkurencji innych dostawców usług zdrowotnych.
5. Stałe, racjonalne, oparte na rachunku ekonomicznym i oczekiwaniach usługobiorców podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadry wykonującej statutowe zadania Szpitala.
6. Składanie sprawozdań Radzie Społecznej SPSzW z realizacji planu działania oraz wykonania budżetu Szpitala, po zakończeniu roku finansowego.
7. Zarządzanie składnikami materialnymi i niematerialnymi stanowiącymi mienie SPSzW.
8. Reprezentacja Szpitala w zakresie swojego działania. Upoważnienie do składania jednoosobowo oświadczeń woli i podpisywania w imieniu SPSzW umów i zobowiązań wobec osób trzecich związanych z realizacją statutowych zadań Szpitala.
9. Przyjmowanie wniosków i opinii Rady Społecznej w sprawach:
 - 1) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - 2) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - 3) kredytów bankowych lub dotacji,
 - 4) podziału zysku,
 - 5) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - 6) regulaminu organizacyjnego.

ZOBOWIĄZANIA:

1. Nie ujawnianie informacji związanych z SPSzW, które mogłyby zaszkodzić jego interesom. Zachowanie tajemnicy nawet po ustaniu stosunku pracy.
2. Wykorzystywanie posiadanych kwalifikacji medycznych w interesie Szpitala i jego pacjentów w sytuacjach wyjątkowych (do rozstrzygnięcia medycznych aspektów skarg, reakcja w sytuacjach wymagających pilnej i osobistej interwencji lekarskiej).

UPRAWNIENIA:

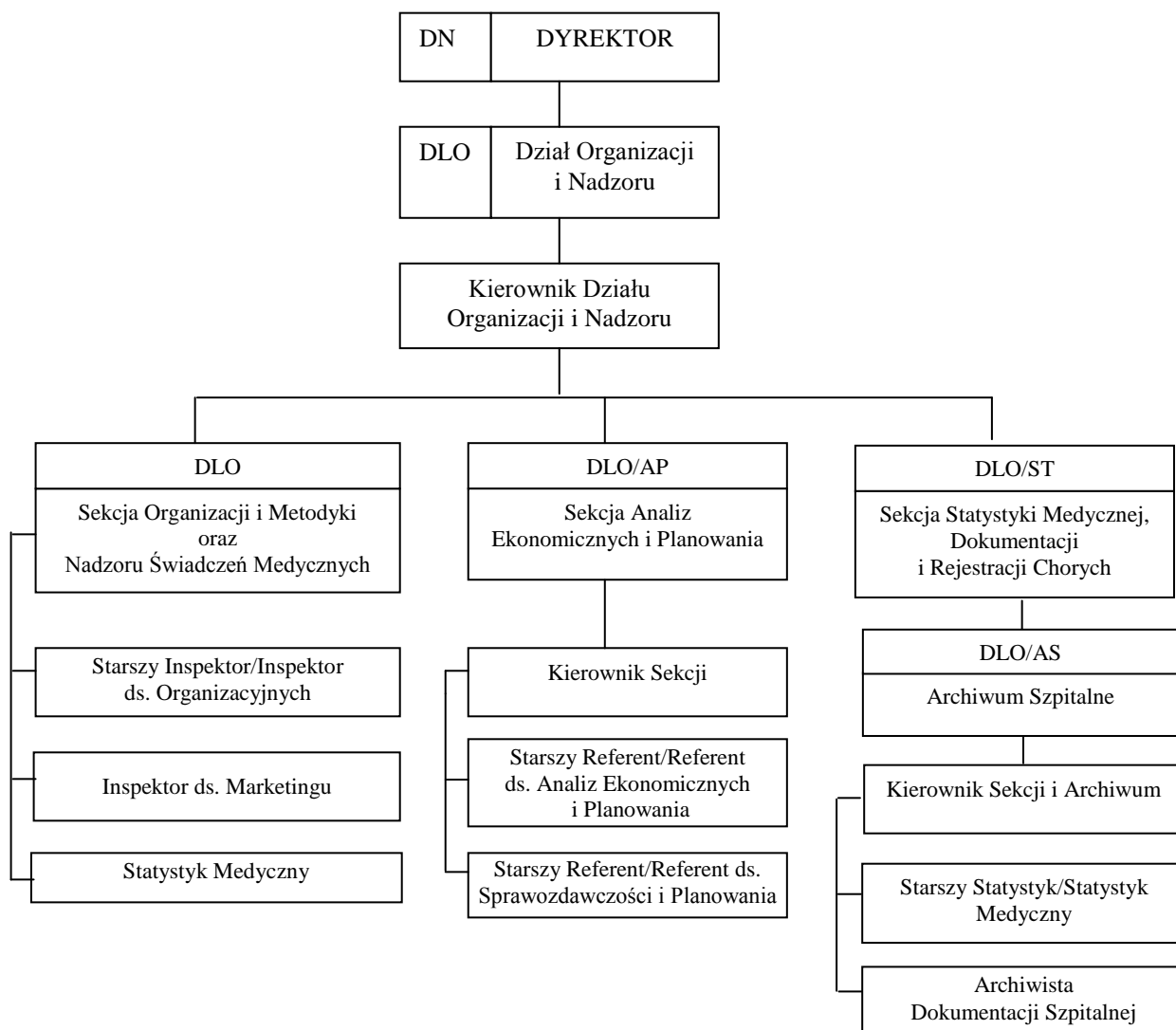
1. Ustanawianie zastępstwa:
 - 1) na czas choroby lub innej usprawiedliwionej nieobecności w pracy na okres do 6 miesięcy (w przypadku okresu dłuższego wymagana jest zgoda Podmiotu Tworzącego),
 - 2) dla wykonywania określonych czynności faktycznych i prawnych w sposób ciągły.
2. Udział w szkoleniach i innych spotkaniach związanych z wykonywaną funkcją i podnoszeniem kwalifikacji na koszt SPSzW.
3. Wykonywanie zawodu lekarza medycyny w minimalnym zakresie, w celu zachowania posiadanych uprawnień.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Odpowiedzialność kształtowana wg zasad określonych w Kodeksie Pracy.

DZIAŁ ORGANIZACJI I NADZORU

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA DZIAŁU ORGANIZACJI I NADZORU:

1. Planowanie, organizowanie i nadzorowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w komórkach organizacyjnych szpitala.
2. Wnioskowanie w sprawach przekształceń komórek istniejących i tworzenia nowych (zmiany w zapisach statutowych, rejestrach).
3. Przygotowywanie ofert w celu zawarcia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.
4. Analiza i rozliczenie ekonomiczne świadczeń zdrowotnych w ramach realizowanego kontraktu z NFZ i innych umów.
5. Zbieranie, opracowywanie, analizowanie materiałów statystycznych dla potrzeb statystyki medycznej, rozliczeń ekonomicznych i zarządzania jednostką.
6. Archiwizowanie dokumentacji szpitalnej.
7. Prowadzenie działalności marketingowej mającej na celu pozyskiwanie dodatkowych źródeł finansowania.

KIEROWNIK DZIAŁU ORGANIZACJI I NADZORU

Kierownik Działu jest powoływany przez Dyrektora i jemu bezpośrednio podlega.

CEL:

Zapewnienie pełnej, terminowej i efektywnej realizacji pracy podległego Działu.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Planowanie i organizowanie zadań działu w zakresie:
 - 1) analizy zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne,
 - 2) organizowania i przekształcania jednostek i komórek organizacyjnych o charakterze medycznym na terenie szpitala.
2. Współudział i nadzór nad przygotowywaniem ofert konkursowych w celu zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Współudział i nadzór w zawieraniu umów na świadczenia zdrowotne z innymi podmiotami.
4. Nadzorowanie i koordynowanie działań mających na celu poprawę dostępności i jakości udzielanych świadczeń medycznych.
5. Analizowanie stanu wyposażenia jednostek i komórek organizacyjnych w sprzęt medyczny oraz stopnia jego wykorzystania – udział w planowaniu zakupów.
6. Nadzór nad organizowaniem i prowadzeniem staży podyplomowych, szkoleń specjalizacyjnych, szkoleń doskonalących.
7. Sprawowanie nadzoru nad właściwym i terminowym sporządzaniem prac statystyczno-sprawozdawczych, przygotowywaniem informacji, opracowań, analiz i innych pisemnych odpowiedzi.
8. Zatwierdzanie pod względem merytorycznym faktur dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne.
9. Znajomość przepisów, wytycznych i programów resortowych dotyczących kierunków działania w opiece zdrowotnej.
10. Znajomość Kodeksu pracy, przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych i innych zawartych w regulaminie szpitala oraz nadzorowanie przestrzegania ich przez podległy personel.
11. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
12. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
13. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
14. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
15. Wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora mieszczących się w zakresie kompetencji Kierownika Działu.

UPRAWNIENIA:

1. Wnioskowanie w sprawie zatrudnienia pracowników w Dziale.
2. Ocena pracowników na stanowiskach pracy w Dziale.
3. Wnioskowanie w sprawie przyznawania nagród podległym pracownikom.
4. Wnioskowanie w sprawie zakupu aparatury i sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonywania zadań Działu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie zadań Działu Organizacji i Nadzoru.

ZADANIA SEKCJI ORGANIZACJI I METODYKI ORAZ NADZORU ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH:

1. Analiza i ocena zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne pod kątem funkcjonowania Szpitala. Współpraca w zakresie planowania i organizowania sieci jednostek i komórek organizacyjnych o charakterze medycznym.
2. Przygotowywanie ofert konkursowych w celu zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Bieżąca aktualizacja w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji Narodowego Funduszu Zdrowia zasobów Szpitala dotyczących zatrudnionego personelu, sprzętu medycznego, harmonogramów pracy, struktury organizacyjnej, będąca warunkiem prawidłowej realizacji umowy.
4. Organizowanie konkursów na świadczenia zdrowotne w celu zabezpieczenia kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Przygotowywanie umów na świadczenia zdrowotne na zlecenie podmiotów zewnętrznych.
6. Nadzorowanie realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
7. Zadania związane ze zmianą struktury organizacyjnej Szpitala. Przygotowywanie zmian statutu, regulaminów wewnętrznych, zgłaszanie Szpitala do rejestrów, zgłaszanie zmian i aktualizacja danych w rejestrach (Krajowy Rejestr Sądowy, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą).
8. Przygotowywanie materiałów na Radę Społeczną: porządek posiedzeń, zaproszenia, uchwały, informacje niezbędne do prawidłowego przebiegu posiedzeń.
9. Współpraca z jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie przygotowania wytycznych i zaleceń w oparciu o aktualne przepisy prawne dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej (organizacji pracy, dostępności, ciągłości, kompleksowości, poziomu i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych).
10. Przygotowywanie w porozumieniu z ordynatorami oddziałów, kierownikami przychodni i innych działów wniosków dotyczących poprawy jakości usług zdrowotnych, spełniania określonych standardów, uzyskania akredytacji.
11. Zadania związane ze szkoleniami w zakresie organizacji praktyk studenckich. Ewidencja szkoleń.
12. Kontrola jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala o charakterze medycznym pod kątem organizacji i sprawności funkcjonowania.

WSPÓŁPRACA:

1. Z Radą Społeczną SPSzW.
2. Ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Szpitala.
3. Z NFZ w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych.
4. Z innymi podmiotami w zakresie realizacji umów na świadczenia zdrowotne.
5. Z pozostałymi komórkami Szpitala w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji zadań.

ZADANIA SEKCJI ANALIZ EKONOMICZNYCH I PLANOWANIA:

Rozliczenia umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164. poz. 1027, z póź. zm.)

I. Rozliczenia umów finansowanych ze środków publicznych

1. Monitorowanie bieżącej realizacji limitów miesięcznych zawartych umów.
2. Sprawdzenie raportu statystycznego pod względem formalnym kompletności i poprawności rejestracji (*błędy walidacji*) wykonanych świadczeń.
3. Fakturowanie należności za okres sprawozdawczy i korekt wygenerowanych z systemu płatnika wynikających z wstecznej weryfikacji za cały okres realizacji umowy.

4. Analiza zakwestionowanych świadczeń (*weryfikacja negatywna - odmowa zapłaty*), działania korygujące lub negocjacje z płatnikiem argumentujące zasadność zapłaty.
5. Określenie poziomu finansowania umów. Miernikiem jakości jest wskaźnik poziomu finansowania umów i system uruchamiania działań go zwiększających.
6. Analiza skuteczności pozyskiwania środków w ramach zawartych umów. Sporządzanie wniosków do płatnika dot. zmian w planach rzeczowo-finansowych poprawiających bieżący poziom finansowania.
7. Współpraca z płatnikiem i innymi świadczeniodawcami w zakresie koincydencji usług.
8. Współudział w planowaniu budżetu w zakresie pozyskiwania środków finansowych z działalności leczniczej szpitala
9. Współpraca z radcą prawnym szpitala w zakresie przygotowania dokumentacji do wszczęcia postępowania sądowego dot. uzyskania zapłaty za świadczenia wykonane ponad limity umowy.

II. Planowanie

1. Plany roczne ilościowo-wartościowe do konkursów kontraktowania świadczeń.
2. Planowanie terminów uruchamiania opcji „żądanie rozliczenia” i wybór modułu naliczania gwarantujący jak najszybsze uzyskanie zapłaty od NFZ za wykonane świadczenia zdrowotne
3. Plany okresowe dot. przewidywanych kwot zapłaty za świadczenia zdrowotne i dat wpłat na konto szpitala w celu uzgodnienia z dostawcami terminów rat zapłaty za zakupy.
4. Planowanie cen na badania diagnostyczne i procedury medyczne.
5. Określenie prognozy bezpieczeństwa w strategii uzyskania 100 % zakontraktowanych środków finansowych.

III. Analizy

1. Analiza bieżącej realizacji umów w zakontraktowanych zakresach. Ocena możliwości realizacji limitów finansowych, słabe i mocne punkty umów, sposoby i metody wykonania zadań wynikających z podjętych zobowiązań.
2. Analizy problemowe dla potrzeb zarządzania szpitalem.
3. Analizy korzyści ekonomicznych do wnioskowanych negocjacji z płatnikiem.

ZADANIA SEKCJI STATYSTYKI MEDYCZNEJ, DOKUMENTACJI I REJESTRACJI CHORYCH:

1. Zbieranie, opracowywanie i analizowanie materiałów statystycznych.
2. Sprawowanie nadzoru nad działalnością i terminowością prac statystyczno-sprawozdawczych w jednostkach i komórkach organizacyjnych SPSzW.
3. Prowadzenie prac z zakresu rejestracji i dokumentacji chorych, niezbędnych przy realizacji umowy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie sprawozdawczości medycznej.
5. Współpraca z Sekcją Analiz Ekonomicznych i Planowania w zakresie ustalania uprawnień pacjentów do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
6. Nadzór nad prowadzeniem archiwum zakładowego.
7. Udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom.
8. Rozliczanie kosztów hospitalizacji pacjentów nieubezpieczonych.

ARCHIWUM SZPITALNE

ZADANIA DOTYCZĄCE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Przejmowanie dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz zakończonej dokumentacji zbiorczej wewnętrznej i skatalogowanie jej na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów (odziały szpitalne), numeru kartoteki pacjentów (przychodnie, poradnie), numeru księgi pracowni diagnostycznej (laboratoria, inne pracownie diagnostyczne).

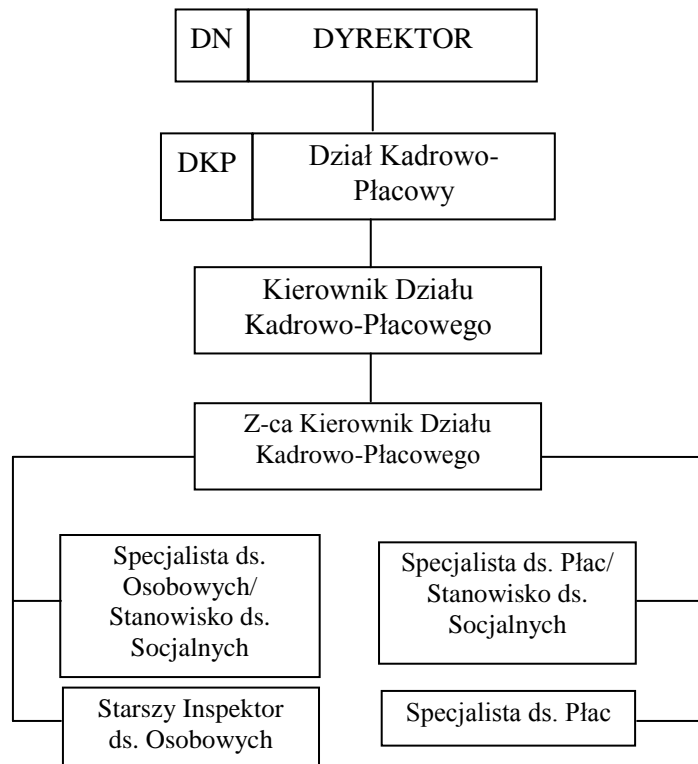
2. Przechowywanie i zabezpieczenie przejętej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji.
3. Współdziałanie z Sekcją Statystyki Medycznej w ramach udostępniania i wypożyczania dokumentacji medycznej.
4. Sporządzanie rocznego planu pracy archiwum zakładowego dokumentacji medycznej z uwzględnieniem ilości dokumentacji przeznaczonej do:
 - 1) przejęcia z komórek organizacyjnych,
 - 2) uporządkowania,
 - 3) wybrakowania,
5. Sporządzenie sprawozdania z rocznej działalności archiwum zakładowego dokumentacji medycznej uwzględniającego ilości:
 - 1) dokumentacji przejętej z poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - 2) dokumentacji udostępnionej i wypożyczonej,
 - 3) dokumentacji wybrakowanej i zniszczonej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła,
 - 4) stanu wykonania planu pracy za rok sprawozdawczy.
6. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
7. Wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego i Dyrektora Szpitala.

ZADANIA DOTYCZĄCE DOKUMENTACJI NIEMEDYCZNEJ

1. Przyjmowanie uporządkowanych w komórkach organizacyjnych akt spraw ostatecznie załatwionych kompletnymi rocznikami na podstawie spisów zdawczo-odbiorczych sporządzonych odrębnie dla kategorii A i kategorii B.
2. Przechowywanie i zabezpieczenie przejętej dokumentacji, prowadzenie jej ewidencji oraz udostępnianie dokumentacji niemedyceynej w SPSzW im. Jana Bożego.
3. Sporządzanie rocznego planu pracy archiwum zakładowego dokumentacji niemedyceynej z uwzględnieniem ilości dokumentacji przeznaczonej do:
 - 1) przejęcia z komórek organizacyjnych,
 - 2) uporządkowania,
 - 3) wybrakowania.
4. Sporządzenie sprawozdania z rocznej działalności archiwum zakładowego dokumentacji niemedyceynej uwzględniającego ilości:
 - 1) dokumentacji przejętej z poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - 2) dokumentacji udostępnionej i wypożyczonej,
 - 3) dokumentacji wybrakowanej i zniszczonej,
 - 4) stanu wykonania planu pracy za rok sprawozdawczy.
5. Sprawozdanie z działalności archiwum zakładowego dokumentacji niemedyceynej archiwista składa osobie sprawującej bezpośredni nadzór do końca stycznia roku bieżącego za rok ubiegły.
6. Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
7. Wykonywanie innych zleconych przez przełożonego i Dyrektora Szpitala.

DZIAŁ KADROWO-PŁACOWY

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA DZIAŁU KADROWO-PŁACOWEGO:

1. Prowadzenie akt osobowych pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przygotowanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, umów cywilno-prawnych, uposażeniami, zmianą stanowiska pracy oraz prowadzenie ewidencji.
3. Prowadzenie spraw osobowych związanych z prowadzeniem staży podyplomowych oraz staży specjalizacyjnych.
4. Prowadzenie ewidencji zatrudnionych i zwolnionych pracowników oraz ruchu osobowego.
5. Prowadzenie ewidencji wykorzystanych etatów i godzin dla niepełnozatrudnionych.
6. Prowadzenie ewidencji czasu pracy, zwolnień lekarskich.
7. Prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym pracowników i ich rodzin.
8. Systematyczne i terminowe przekazywanie informacji ZUS „Płatnik” zgodnie z posiadaną dokumentacją.
9. Załatwianie formalności związanych z przechodzeniem pracowników na emerytury i renty.
10. Systematyczne kontrole dyscypliny pracy.
11. Opracowywanie, analizowanie materiałów dla potrzeb statystycznych.
12. Przygotowywanie wypłat wynagrodzeń dla wszystkich pracowników SPSzW im. Jana Bożego.
13. Bieżące prowadzenie kart wynagrodzeń oraz dokumentacji pracowników.
14. Sporządzanie list wynagrodzeń, przelewów dla banków, analiz, rozdzielnika kosztów i innych wydruków z programu kadrowo-płacowego.
15. Prawidłowe rozliczanie wynagrodzeń zgodne z obowiązującymi przepisami skarbowymi oraz ZUS-owskimi.

16. Prowadzenie sprawozdawczości dla potrzeb GUS, innych jednostek, np. Urzędu Marszałkowskiego oraz prowadzenie analizy płac.
17. Kompletowanie dokumentacji do wypłaty zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich oraz do urlopów wychowawczych.
18. Sporządzanie deklaracji podatkowych oraz rozliczeń z ZUS programem Płatnik.
19. Realizacja wniosków egzekucyjnych oraz potrąceń z poborów np. PKZP, FM, Zw. Zawodowe, SKOK, itp. Bieżące załatwianie związanej z tym korespondencji.
20. Rozliczanie pracowników objętych podatkiem dochodowy, potrącanie zaliczki na podatek dochodowy oraz sporządzanie PIT-ów dla urzędów skarbowych.
21. Wypełnianie wniosków emerytalno-rentowych pracowników odchodzących na rentę lub emeryturę.
22. Sporządzanie dokumentacji do kapitału początkowego dla wszystkich pracowników obecnie pracujących oraz tych, którzy pracowali na przestrzeni lat działalności szpitala.
23. Bieżące zapoznanie się z przepisami dotyczącymi płac oraz prawidłowe ich stosowanie.
24. Wypisywanie zaświadczeń o dochodach na prośbę pracowników.
25. Udzielanie informacji odnośnie wynagrodzeń zatrudnionym pracownikom.
26. Bieżące kompletowanie dokumentów płacowych oraz właściwe ich przechowywanie i zabezpieczenie.
27. Przekazywanie do archiwum zgromadzonych dokumentów.
28. Terminowe rozliczanie składek PFRON i sporządzanie deklaracji.
29. Sprawdzanie zgodności faktur z umową oraz rozksięgowywanie kosztów kontraktów lekarskich.
30. Organizacja działalności socjalnej w Szpitalu – obsługa administracyjna Zakładowego Funduszu świadczeń Socjalnych.

KIEROWNIK DZIAŁU KADROWO-PŁACOWEGO

Kierownika Działu Kadrowo-Płacowego powołuje Dyrektor Szpitala

Kierownik Działu Kadrowo-Płacowego podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala

CEL:

Zapewnienie prawidłowej organizacji, koordynacji i nadzoru nad pracą Działu Kadrowo-Płacowego w zakresie spraw osobowych, zatrudnienia i płac, analiz społecznych, w zakresie określonym przepisami prawa jakie dotyczą polityki kadrowej Szpitala.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Prowadzenie polityki w zakresie zatrudnienia, bilansowania potrzeb kadrowych ze szczególnym uwzględnieniem kadr działalności podstawowej Szpitala.
2. Określenie wielkości rezerw zatrudnienia oraz kierunków i sposobów właściwego ich wykorzystania.
3. Przedstawianie ocen wykorzystania bazy kadrowej Szpitala.
4. Przedstawianie propozycji w organizowaniu i doborze kadry rezerwowej na stanowiska kierownicze.
5. Przygotowanie dokumentacji do przeprowadzania postępowania konkursowego na stanowiska kierownicze.
6. Nadzorowanie dyscypliny pracy i zasad etyki zawodowej.
7. Współdziałanie przy przygotowywaniu materiałów do awansowania pracowników, rozdziału nagród i awansów.
8. Nadzór nad przygotowywaniem wniosków w sprawie pochwał i karania pracowników.
9. Sporządzanie ewidencji etatów wg grup pracowników.

10. Sporządzanie meldunków wykorzystania etatów oraz godzin dla niepełnozatrudnionych i przedkładania na bieżąco Dyrektorowi Szpitala.
11. Badanie przyczyn konfliktów powstających w tut. Szpitalu na tle stosunków pracy oraz podejmowanie właściwych przedsięwzięć w celu ich usuwania i zapobiegania ich powstawaniu.
12. Organizowanie, kierowanie i koordynowanie oraz podział pracy pomiędzy bezpośrednio podporządkowanych pracowników w sposób zapewniający optymalne wykorzystanie dysponowanych środków i czasu pracy.
13. Nadzór nad prowadzeniem spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym pracowników i ich rodzin oraz załatwianiem spraw związanych z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub rentę.
14. Nadzór nad przygotowywaniem ewidencji pracowników, akt osobowych, wydawaniem legitymacji, zaświadczeń o zatrudnieniu, prowadzeniem spraw urlopowych, oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy.
15. Nadzór nad szkoleniem pracowników niefachowych.
16. Współdziałanie przy opracowywaniu racjonalnych zasad wynagradzania oraz regulaminów premiowania.
17. Nadzór nad przygotowywaniem umów o pracę, umów zleceń dla poszczególnych pracowników.
18. Załatwianie korespondencji Działu oraz podpisywanie korespondencji zgodnie z upoważnieniem przekazanym przez Dyrektora Szpitala.
19. Sprawdzanie pod względem merytorycznym listy płac i zasiłków chorobowych.
20. Sporządzanie sprawozdań kadrowych.
21. Inicjowanie, uzgadnianie z DN i DE wprowadzenie i nadzorowanie wszelkich zmian, uzupełnień, modyfikacji związanych z funkcjonowaniem komputerowego systemu kadrowego i innych systemów wspomagających i ułatwiających pracę Działu Kadrowo-Płacowego.
22. Sporządzanie opisu stanowisk pracy, określanie zakresu obowiązków i kwalifikacji pracowników Działu Kadrowo-Płacowego.
23. Zgłaszanie do Biura Pracy zapotrzebowań na pracowników po uprzedniej akceptacji przez Dyrektora Szpitala.
24. Udział w konferencjach, naradach, itp. według dyspozycji Dyrektora.

OBOWIĄZKI OGÓLNE:

1. Znajomość i realizacja postanowień zakładowego regulaminu pracy, wynagrodzeń, premiowania itp., uregulowań wewnętrznych normujących funkcję Szpitala.
2. Znajomość, realizacja i kontrola przestrzegania ustawy o ochronie danych osobowych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawnych i uregulowań wewnętrznych związanych z pracą na zajmowanym stanowisku.
4. Dbłość o majątek firmy i racjonalną nim gospodarkę jak i aktywne współdziałanie w zapobieganiu stratom i marnotrawstwu.
5. Dbłość o dokumentację, jej właściwe oznaczenie i przechowywanie w sposób zabezpieczający ją przed zagubieniem i zniszczeniem.
6. Sumienne wykonywanie obowiązków określonych niniejszym zakresem i innych czynności doraźnie zleconych do wykonania przez Dyrektora Szpitala.
7. Podnoszenie swoich kwalifikacji i kwalifikacji pracowników Działu Kadrowo-Płacowego
8. Kształtowanie koleżeńskich i życzliwych stosunków między pracownikami Szpitala i reprezentowanie solidarnej postawy w realizacji zadań określonych przez Dyрекcję.
9. Okazywanie lojalności wobec Szpitala i przełożonych jak i właściwe i godne reprezentowanie SPSzW w stosunkach z otoczeniem zewnętrznym z zachowaniem poufności posiadanych informacji i danych, które mogą być wykorzystane przez osoby trzecie ze szkodą dla Szpitala.
10. Aktywne monitorowanie i samodzielne rozwiązywanie problemów dostrzeżonych w pracy na swoim stanowisku, w Dziale Kadrowo-Płacowym jak i w całym zakładzie.

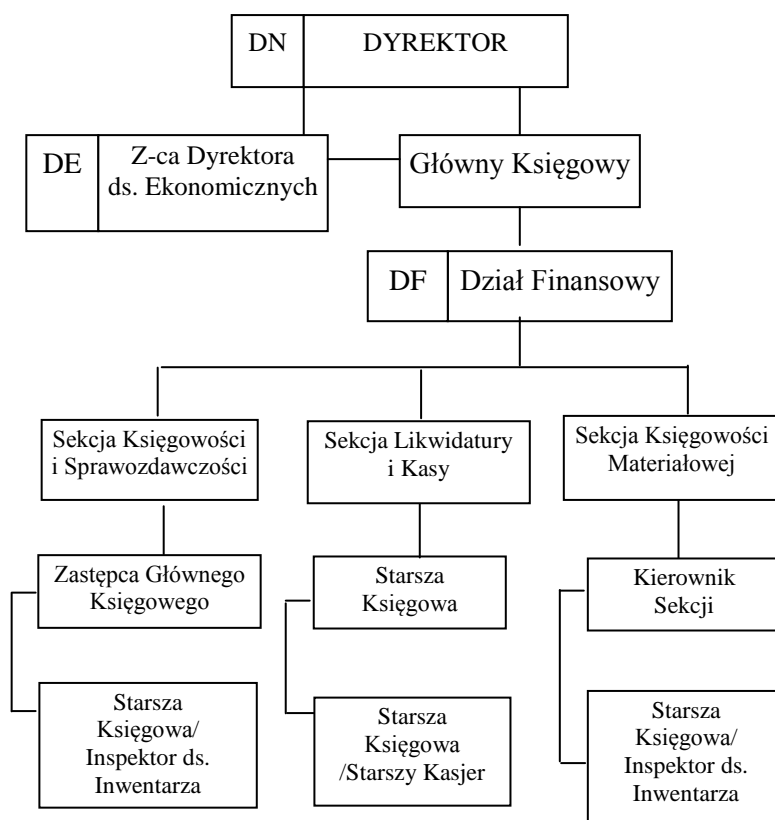
11. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
12. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
13. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
14. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
15. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
16. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe funkcjonowanie pracy Działu Kadrowo-Płacowego oraz za zadania określone zakresem czynności.

DZIAŁ FINANSOWY

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA DZIAŁU FINANSOWEGO:

1. Organizacja i prowadzenie rachunkowości.
2. Wykonywanie kontroli wstępnej, bieżącej i następnej, polegającej na badaniu legalności, rzetelności i prawidłowości dokonywanych operacji finansowych.
3. Organizowanie, kontrolowanie i koordynowanie prawidłowości obiegu dokumentów w księgowości.
4. Opracowywanie dokumentów księgowych i ich rejestrowanie odpowiednio do stosowanej w Szpitalu techniki przetwarzania danych.

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Głównego Księgowego powołuje i odwołuje Dyrektor SPSzW.

CEL:

Planowanie i organizowanie pracy Działu Finansowo-Księgowego w sposób zapewniający pełną i efektywną realizację jego zadań.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Organizacja, koordynacja i nadzór nad pracą działu księgowości w zakresie określonym przepisami ustawy o rachunkowości, przepisami podatkowymi, przepisami dot. statystyki państwowej, przepisami dot. ubezpieczeń społecznych itp. ogólnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie jakim dotyczą funkcjonowania SPSzW, jak również w zakresie określonym przez przełożonych.
2. Analiza, rozliczanie, monitorowanie i kontrola wszystkich sald zakładowego planu kont pod kątem ich poprawności merytorycznej, formalnej i bilansowej umożliwiającej prawidłowe

i terminowe sporządzanie okresowych bilansów, rachunków wyników i sprawozdania z przepływów gotówki.

3. Sporządzanie rocznych (a na polecenie przełożonych – okresowych) bilansów, rachunku wyników i sprawozdań finansowych wg wymogów ustawy o rachunkowości i sprawozdawczości GUS.
4. Nadzór i kontrola nad całością ewidencji i wszystkimi rozliczeniami dotyczącymi majątku SPSzW w tym organizacja i rozliczanie inwentaryzacji składników majątkowych Szpitala.
5. Organizacja i nadzór nad prowadzeniem rachunku kosztów i rozliczanie kosztów działalności Szpitala w miejscu ich powstawania.
6. Monitorowanie kosztów i wydatków związanych z działalnością podstawową SPSzW w poszczególnych oddziałach, pracowniach, laboratoriach i przychodniach Szpitala.
7. Kontrola i przestrzeganie bilansowania wydatków związanych z działalnością SPSzW z przychodami wynikającymi z zawartych kontraktów i umów oraz sprzedaży usług poza w/w.
8. Rozliczanie podatków i sporządzanie deklaracji podatkowych oraz rozliczanie pozostałych zobowiązań budżetowych w tym składek z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
9. Dokonywanie analiz, zestawień i opracowań w formie i zakresie ustalonym przez przełożonego.
10. Inicjowanie i uzgadnianie z przełożonymi wszelkich zmian dotyczących organizacji pracy działu księgowości i innych jednostek Szpitala, wprowadzanie nowych dokumentów i zmian związanych z obiegiem dokumentów.
11. Współpraca z DN i DE przy tworzeniu rocznego planu finansowego - rzeczowego i przestrzeganie jego wykonania.
12. Przygotowywanie raportów finansowych i innej dokumentacji dla potrzeb organu założycielskiego oraz Rady Społecznej Szpitala.
13. Uczestniczenie w przygotowywaniu ofert do NFZ oraz negocjacji warunków kontraktów.
14. Uczestniczenie w organizowanych przez SPSzW przetargach na zakup towarów i usług oraz nadzorowanie strony finansowej przetargów.
15. Organizacja i kontrola funkcjonowania archiwum dokumentów finansowo - księgowych i innych dokumentów związanych z funkcjonowaniem Działu Finansowego Szpitala.
16. Inicjowanie, opracowywanie, uzgadnianie z DE, wprowadzanie i nadzorowanie wszystkich zmian, uzupełnień, modyfikacji związanych z funkcjonowaniem komputerowego systemu finansowo - księgowego i innych systemów wspomagających pracę Działu Finansowego.
17. Realizowanie terminowe płatności dokonywanych przez SPSzW wg planu uzgodnionego z dyrekcją.
18. Sporządzanie opisu stanowisk pracy, określanie zakresu obowiązków i kwalifikacji pracowników Działu Finansowego.
19. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
20. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
21. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
22. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
23. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
24. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie zadań działu.

ZADANIA SEKCJI KSIĘGOWOŚCI I SPRAWOZDAWCZOŚCI:

1. Prowadzenie księgowości w ujęciu analitycznym i syntetycznym.
2. Bieżąca rejestracja i dekretacja dokumentów stanowiących podstawę zapisów księgowych w urządzeniach analitycznych, wraz z uzgodnieniem z kontami syntetycznymi.
3. Analiza kont analitycznych.
4. Bieżąca analiza należności i zobowiązań.
5. Sporządzanie rocznych i okresowych sprawozdań finansowych w ustalonych terminach.
6. Rozliczanie i sporządzanie deklaracji podatku VAT.
7. Rozliczanie i sporządzanie deklaracji podatkowej podatku dochodowego od osób prawnych.
8. Potwierdzanie sald dotyczących zobowiązań i należności.
9. Prowadzenie analitycznych urzędów księgowych Zakładowego Funduszu Mieszkaniowego i Socjalnego.
10. Prowadzenie kartotek udzielonych pożyczek z Funduszu Mieszkaniowego.
11. Sporządzanie miesięcznych i rocznych wydruków analitycznych i syntetycznych.

ZADANIA SEKCJI LIKWIDATURY I KASY:

1. Bieżąca kontrola dokumentów zewnętrznych i wewnętrznych stanowiących podstawę do zapłaty pod względem formalno-rachunkowym.
2. Prowadzenie i systematyczne sprawdzanie spływu faktur w kontrolce.
3. Comiesięczne wystawianie faktur: za świadczenia zdrowotne do NFZ, wykonane badania i usługi medyczne w poszczególnych laboratoriach i przychodniach, za wynajem i dzierżawę lokali, specyfikacje przetargowe, za udostępnioną dokumentację chorych.
4. Księgowanie dokumentów zgodnie z programem KS-FK – wyciągi bankowe oraz sprawdzanie zgodności zaksięgowanych dokumentów.
5. Przygotowanie i wydruk przelewów do banku dotyczących zobowiązań Szpitala.
6. Sprawdzanie zgodności dokumentów do wypłaty oraz pisanie przelewów płacowych – potrącenia wynagrodzeń, składki.
7. Rozliczanie dokumentów z ZFŚS – pisanie przelewów dopłat do wypoczynku, wypłata pożyczek mieszkaniowych.
8. Bieżące sporządzanie raportów kasowych oddzielnie do każdego rodzaju działalności.
9. Wypłata zaliczek gotówkowych i rozliczanie ich wraz z załączonymi dokumentami.
10. Podejmowanie gotówki z banku i dokonywanie wypłat zgodnie z dokumentami zatwierdzonymi przez Dyrektora i Głównego Księgowego lub ich pełnomocników.
11. Przyjmowanie gotówki do kasy z poszczególnych placówek na kasę fiskalną lub kwitariusz przychodowy i terminowe odprowadzanie do banku.
12. Prowadzenie ewidencji druków ścisłego zarachowania.

ZADANIA SEKCJI KSIĘGOWOŚCI MATERIAŁOWEJ:

1. Terminowe egzekwowanie spływu dokumentów z innych sekcji współdziałających z Sekcją Księgowości Materiałowej.
2. Przegrywanie dokumentów przychodu i rozchodu z programu „APTEKARZ”.
3. Bieżące pobieranie dokumentów przychodu i rozchodu (wszystkie magazyny) z programu Gospodarka Materiałowa do programu Finansowo-Księgowego.
4. Dekretacja dowodów materiałowych stanowiących podstawę do księgowania w rejestrach przychodów i rozchodów programu Finansowo-Księgowego.
5. Sporządzanie miesięcznych zestawień protokołów/faktur przychodu darów i protokołów kasacyjnych.
6. Bieżąca kontrola dokumentów przychodowych i rozchodowych pod względem formalno-rachunkowym w rejestrze programu Finansowo-Księgowym.
7. Wprowadzanie i rozliczanie przychodów i rozchodów k-to 319 przerób materiałowy.

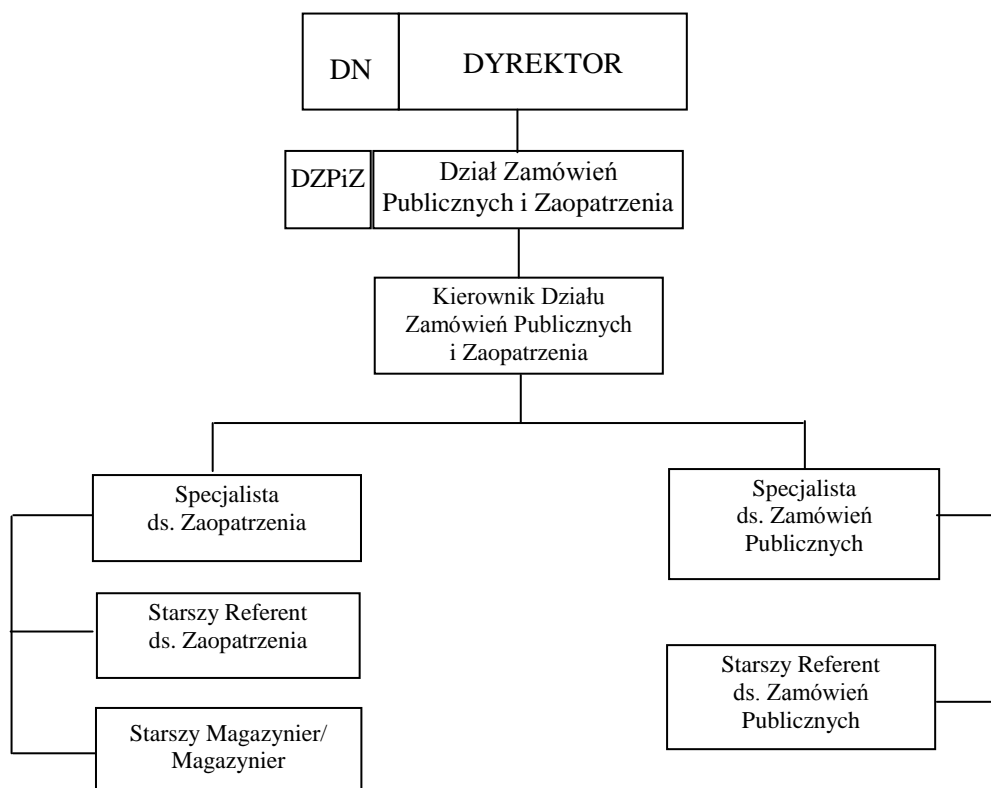
8. Przegrywanie dokumentów przerobu z programu GM do programu FK i uzgadnianie salda.
9. Miesięczne uzgadnianie przychodów, rozchodów magazynowych ze stanem księgowym wynikającym z księgowania w programie GM i FK.
10. Wycena i rozliczanie remanentów.
11. Naliczanie ubytków naturalnych w magazynie Apteki.
12. Miesięczne uzgadnianie sald w programie Finansowo-Księgowym z saldem w programie Gospodarki Materiałowej.
13. Księgowanie i łączenie korekt z oryginałem faktury w programie FK.
14. Księgowanie i łączenie zaliczek pracowniczych w programie FK (konto 234/202).
15. Bieżące zakładanie korekt i kont bankowych dla nowo powstających kontrahentów.
16. Uzupełnianie kont bankowych dla kontrahentów już istniejących.
17. Przekazywanie do archiwum zgromadzonych dokumentów.
18. Bieżące kompletowanie oryginałów faktur zakupowych (żywnienie, bufet, apteka, pozostałe magazyny) oraz właściwe ich przechowywanie.
19. Wykonywanie wydruków kosztów materiałów magazynowych pobranych na oddziały dla Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, Zespołu ds. BHP, Zespołu ds. Sanitarno-Epidemiologicznych.
20. Ścisła współpraca w zakresie dokumentacji z działami: Żywnienia, Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia oraz Apteką.

DODATKOWE ZADANIA SEKCJI KSIĘGOWOŚCI I SPRAWOZDAWCZOŚCI ORAZ SEKCJI KSIĘGOWOŚCI MATERIAŁOWEJ:

1. Dokonywanie co miesięcznych odpisów amortyzacyjnych.
2. Księgowanie dowodów przychodowych i rozchodowych w programie komputerowym „środki trwałe, wyposażenie, bielizna, ewidencja”.
3. Sporządzanie i księgowanie dokumentów Mt i Mn (przesunięcie sprzętu między poszczególnymi placówkami szpitala).
4. Przyjmowanie opinii o stanie technicznym aparatów, sprzętu medycznego i gospodarczego od Działu Techniczno-Administracyjnego.
5. Przyjmowanie zgłoszeń do kasacji aparatów medycznych, sprzętu medycznego, gospodarczego, sprzętu drobno - wartościowego, bielizny.
6. Wycena zgłoszeń do kasacji.
7. Czynny udział w pracach Komisji Kasacyjnej.
8. Sporządzanie protokołów kasacyjnych.
9. Przeprowadzanie inwentaryzacji rocznych zgodnych z planem inwentaryzacji.
10. Rozliczanie inwentaryzacji.
11. Przeprowadzanie inwentaryzacji w magazynach szpitala.
12. Przekazywanie arkuszy spisu (inwentaryzacja przeprowadzona w magazynach i aptece szpitalnej).
13. Przeprowadzanie inwentaryzacji leków w poszczególnych placówkach szpitala.
14. Czynny udział w rozliczaniu leków (współpraca z apteką szpitala).
15. Znakowanie aparatów medycznych, wyposażenia na poszczególnych placówkach szpitala.
16. Ścisła współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi, pracownikami Działu Techniczno-Administracyjnego, Apteką, Działem Kadrowo-Płacowym oraz Zespołem Informatyków.

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



Pracę Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia w zakresie doradztwa prawnego zabezpiecza Radca Prawny z Zespołu Radców Prawnych.

ZADANIA DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA:

1. Przyjmowanie i rejestracja zapotrzebowań zgłaszanych przez jednostki i komórki organizacyjne Szpitala na dostawy towarów, usługi i roboty budowlane w celu uruchomienia procedury zakupu/zlecenia wykonania usługi lub roboty budowlanej we właściwym trybie.
2. Przyjmowanie i rejestracja wniosków o udzielenie zamówienia publicznego na obowiązującym formularzu zgłaszanych przez jednostki organizacyjne szpitala na dostawę towarów, usług i robót budowlanych i przekazywanie ich Dyrektorowi do zatwierdzenia.
3. Organizowanie i przeprowadzanie procedur udzielania zamówień publicznych zleconych do realizacji przez Dyрекcję o wartości zamówienia powyżej 14000 Euro:
 - 1) oszacowywanie wartości zamówienia z należytą starannością na podstawie informacji uzyskanych od użytkowników przedmiotu zamówienia i przedkładanie Dyrektorowi w celu zatwierdzenia,
 - 2) dokonywanie prawidłowego opisu przedmiotu zamówienia oraz wyboru trybu postępowania,
 - 3) przeprowadzanie procedury realizacji zamówień z zastosowaniem wszelkich wymogów formalnych określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych, w szczególności uczestnictwo w opracowaniu specyfikacji istotnych warunków zamówienia, obsługa techniczno-formalna postępowań o udzielenie zamówienia, przygotowanie propozycji projektów umów lub istotnych postanowień umownych,

- 4) prawidłowe dokumentowanie przebiegu postępowania,
- 5) przedstawianie Dyrektorowi propozycji wyboru oferty,
- 6) przekazywanie kserokopii zawartej umowy do komórki org. odpowiedzialnej za realizację umowy i do Działu Finansowego, a w przypadku zakupu aparatury medycznej o wartości >3500.00 zł dodatkowo do Działu Techniczno-Administracyjnego,
- 7) przechowywanie dokumentacji z przebiegu postępowania przez okres 4 lat,
- 8) prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości,
- 9) Sprawowanie funkcji sekretarza Komisji przez pracownika Działu wskazanego przez Dyrektora.
- 10) Współpraca z Komisją Przetargową powołaną przez Dyrektora.
4. Prowadzenie rejestru zamówień publicznych obejmującego wszystkie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przeprowadzane zgodnie z pzp oraz prowadzenie rejestru umów z wykonawcami dotyczącego zakupu towarów, usług i robót budowlanych,
5. Współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi udzielającymi bezpośrednio zamówień publicznych i komisjami przetargowymi: Apteką Szpitalną, Działem Techniczno-Administracyjnym, Działem Finansowym, Działem Żywności, Działem Higieny Szpitalnej, Zespołem ds. Informatyki, Zespołem ds. Sanitarno-Epidemiologicznych, Naczelną Pielęgniarką, Starszym Specjalistą ds. BHP,
6. Udzielanie wyjaśnień i interpretacji obowiązujących przepisów prawnych z zakresu zamówień publicznych, doradzanie w sprawach proceduralnych związanych z udzielanymi przez inne komórki zamówieniami.
7. Uzyskiwanie od pracowników innych komórek organizacyjnych informacji dotyczących:
 - 1) planowanych przez komórkę zakupów,
 - 2) danych niezbędnych do przeprowadzenia procedury (zapotrzebowań ilościowych, wartości szacunkowej, cen wynikających z rozeznania, kosztorysów, dokumentacji technicznej) na podstawie składanych wniosków o udzielenie zamówienia publicznego na dostawy, usługi, roboty budowlane,
 - 3) realizacji umów w szczególności: przestrzegania przez dostawcę terminów realizacji, cen, zgodności przedmiotu dostawy z ofertą itp.
8. Administrowanie umowami będącymi efektem udzielenia zamówienia publicznego oraz gromadzenie dokumentacji dotyczącej zamówień publicznych.
9. Dokonywanie zakupów planowanych i doraźnych.
10. Opisywanie faktur za zakupione towary, usługi i roboty budowlane, ich właściwa klasyfikacja, tj. określenie sposobu realizacji zakupu, zgodności z zapotrzebowaniem, przekazywanie zaopiniowanych i zaewidencjonowanych faktur do Działu Finansowego.
11. Składanie reklamacji w przypadku otrzymania towarów niezgodnych ilościowo i jakościowo ze złożonymi zamówieniami.
12. Prowadzenie planowej gospodarki magazynowej, w tym analiza stanów magazynowych i upływnianie zapasów.
13. Prowadzenie gospodarki materiałowej i magazynowej w zakresie przyjmowania, składowania, wydawania i towarów oraz kontrolowanie ich stanu.
14. Prowadzenie gospodarki opakowaniami zwrotnymi.
15. Właściwe składowanie zakupionych i magazynowanych materiałów i zabezpieczenie ich przed kradzieżą i zniszczeniem.
16. Prowadzenie niezbędnej korespondencji z kontrahentami i jednostkami organizacyjnymi.
17. W zakresie procedur o równowartości o do 14000 Euro :
 - 1) przeprowadzanie procedur udzielenia zamówienia w przypadku powierzenia ich do realizacji przez Dyрекcję,
 - 2) przekazywanie zwrotne wniosku o udzielenie zamówienia Wnioskodawcom wskazanym do ich realizacji.

18. Udział i współpraca w organizacji i przeprowadzaniu zamówień wspólnych oraz zamówień grupowych w oparciu o art. 16 ust. 1 ustawy Pzp.
19. Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora będących w zakresie działalności Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

KIEROWNIK DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA.

Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPSzW.

CEL:

Planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy Działu w sposób zapewniający pełną, terminową i efektywną realizację jego zadań.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Organizowanie, przydzielanie zadań i kontrolowanie pracy pracowników Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia na stanowiskach ds. zamówień publicznych, ds. zaopatrzenia i ds. magazynowych.
2. Nadzór nad prawidłowym stosowaniem przepisów ustawy prawo zamówień publicznych oraz nad przestrzeganiem instrukcji, regulaminów i wewnętrznych zarządzeń przez pracowników Działu.
3. Nadzorowanie i koordynacja całości prac związanych z udzielaniem zamówień publicznych, w szczególności zleconych przez Dyrekcję na stanowiskach ds. zamówień publicznych i ds. zaopatrzenia .
4. Współpraca i nadzór w opracowywaniu rocznych rzeczowo-finansowych projektów planów zakupów w oparciu o zapotrzebowania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, w terminach zabezpieczających możliwość ich zatwierdzenia i realizacji.
5. Organizacja prac przygotowujących udzielenie zamówień publicznych i współpraca z innymi pracownikami SPSzW im. Jana Bożego (o różnych kwalifikacjach) – celem prawidłowego udzielania zamówień publicznych zarówno o równowartości do 14 000 euro jak i powyżej 14 000 euro.
6. Współpraca z innymi komórkami SPSzW im. Jana Bożego w zakresie udostępniania zgromadzonych informacji, przygotowania wymaganych materiałów, doradztwa itp.
7. Sprawowanie nadzoru nad właściwym i terminowym sporządzaniem sprawozdania z udzielonych zamówień.
8. Nadzór nad przechowywaniem dokumentacji związanej z udzielaniem zamówień publicznych.
9. Akceptowanie przygotowanych przez podległych pracowników dokumentacji wynikających z realizacji przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.
10. Współpraca z Radcą Prawnym z Zespołu Radców Prawnych w zakresie bieżących spraw związanych z prowadzonymi procedurami a w szczególności w zakresie spraw budzących wątpliwości interpretacyjne.
11. Nadzór nad zbieraniem zamówień i sporządzaniem na ich podstawie zbiorczych zestawień zakupów.
12. Przekazywanie dla podległych pracowników akceptowanych zapotrzebowań i/lub zamówień w celu uruchomienia procesu ich realizacji.
13. Nadzorowanie sukcesywnego, terminowego i odpowiedniej jakości zaopatrzenia Szpitala we wszystkie niezbędne dla jego funkcjonowania środki - realizowane na podstawie akceptowanych dokumentów zakupowych.
14. Nadzór nad zaopatrzeniem w materiały, przedmioty i sprzęt wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych SPSzW z wyłączeniem magazynów: Apteki i Działu Żywnienia,
15. Przedkładanie do akceptacji Dyrekcji przygotowanych zamówień na dostawy / usługi/.
16. Nadzór nad prowadzeniem gospodarki magazynowej .

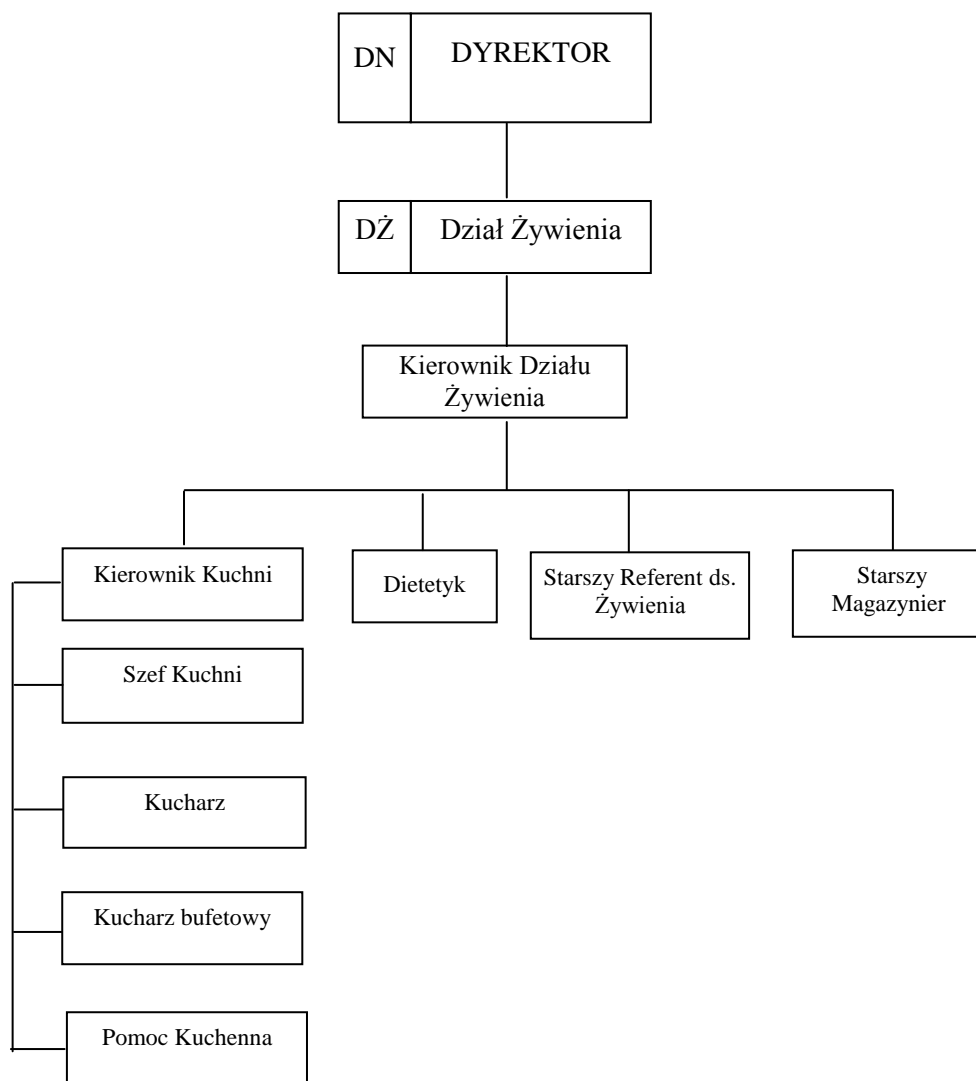
17. Utrzymywanie w tajemnicy wszelkich informacji związanych z przebiegiem postępowania o udzielenie zamówień publicznych, w szczególności dotyczących badania, oceny i porównywania treści złożonych ofert oraz informacji, których ujawnienie naruszyłoby ważne interesy handlowe stron i zasady uczciwej konkurencji.
18. Dbłość o podnoszenie poziomu swojej wiedzy i podległego personelu poprzez udział w szkoleniach, zapoznawanie się z literaturą fachową w zakresie powierzonych zadań oraz ze wszystkimi zmianami prawa w sferze zamówień publicznych.
19. Przestrzeganie przepisów BHP i p/pożarowych, sanitarnych i innych zawartych w regulaminie szpitala oraz nadzorowanie przestrzegania ich przez podległy personel.
20. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
21. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
22. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
23. Przygotowywanie projektów lub utworzenie procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej Pani / Panu komórce organizacyjnej.
24. Wnioskowanie w sprawach kadrowych i organizacyjnych Działu
25. Wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora mieszczących się w zakresie kompetencji kierownika działu.

Kierownik posiada upoważnienie do:

- podejmowania interwencji w wypadku stwierdzenia nieprawidłowego wykorzystania materiałów
- zgłaszania zapasów nieprawidłowych (zbędnych i nadmiernych), wnioskowania w sprawie ich upłynięcia.

DZIAŁ ŻYWIENIA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

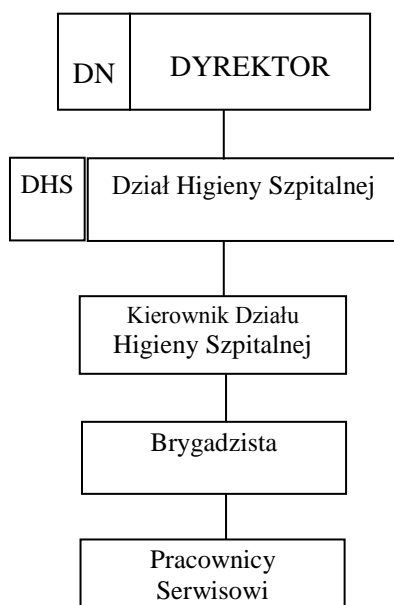


ZADANIA DZIAŁU ŻYWIENIA:

1. Sporządzanie posiłków dla pacjentów i pracowników Szpitala.
2. Zaopatrzenie w artykuły żywnościowe.
3. Prowadzenie magazynu żywności.
4. Układanie jadłospisów i kalkulacja żywieniowa.
5. Porcjowanie i wydawanie posiłków.
6. Sprzedaż posiłków pracownikom.
7. Prowadzenie bufetu szpitalnego w tym produkcja własna i sprzedaż.

DZIAŁ HIGIENY SZPITALNEJ

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA DZIAŁU HIGIENY SZPITALNEJ

1. Profesjonalne utrzymanie czystości powierzchni pomieszczeń wraz z wyposażeniem w obszarze medycznym (oddziały szpitalne, działy diagnostyczne), w obszarze administracyjno – technicznym Szpitala (pomieszczenia administracji z wyłączeniem sprzętu komputerowego, hole, windy, klatki schodowe i inne ciągi komunikacyjne), szatnie dla personelu oraz inne podporządkowane pomieszczenia,
2. Sprzątanie, dezynfekcja i skutecznie zapobieganie zakażeniom,
3. Wywożenie (w soboty, w niedziele, dni wolne od pracy) z brudowników w oddziałach odpadów szpitalnych do pomieszczenia czasowego ich przechowywania,
4. Transport czystej i brudnej bielizny (wywóz bielizny brudnej, odbiór bielizny czystej, sortowanie),
5. Transport posiłków z kuchni (oddziały zlokalizowane przy ul. Biernackiego), lub miejsca odbioru (oddziały zlokalizowane przy ul. Lubartowskiej) do oddziałów,
6. Wykonywanie czynności pomocniczych w zakresie pielęgnacji pacjenta, oraz innych wynikających z bieżących potrzeb oddziału/działu,
7. Współpraca z Zespołem kontroli zakażeń szpitalnych.

KIEROWNIK DZIAŁU HIGIENY SZPITALNEJ

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Zapewnienie sprawnego funkcjonowania Działu Higieny Szpitalnej.

ZAKRES OBOWIĄZKÓW:

1. Realizowanie prawidłowej organizacji pracy w Dziale Higieny oraz nadzór pracy podległego personelu.
2. Ustalanie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień na poszczególnych stanowiskach.

3. Określenie liczby stanowisk pracy działu.
4. Organizowanie szkoleń podległego personelu dla aktualizacji wiedzy i umiejętności zawodowych oraz poprawy warunków bezpieczeństwa pracy.
5. Sprawowanie nadzoru nad stanem higienicznym Szpitala.
6. Przestrzeganie przepisów BHP, sanitarnych, p/poż. oraz Regulaminów Szpitala.
7. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
8. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
9. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
10. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
11. Wykonywanie innych czynności związanych z zakresem obowiązków zleconych przez Dyrektora Szpitala.

UPRAWNIENIA:

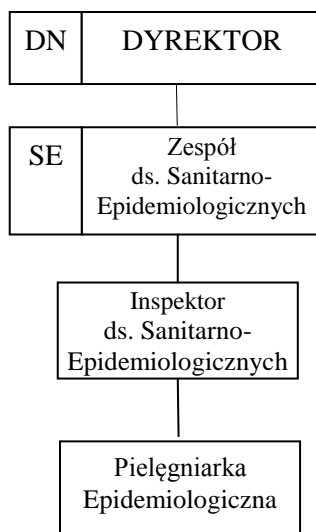
1. Wnioskowanie w sprawie zatrudnienia, zwalniania, awansowania i karania pracowników w dziale.
2. Ocena pracowników na stanowiskach pracy w dziale.
3. Wnioskowanie w sprawie przyznawania nagród podległym pracownikom.
4. Wnioskowanie w sprawie zakupu aparatury i sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonywania zadań w dziale.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

ZESPÓŁ DS. SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA ZESPOŁU DS. SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH:

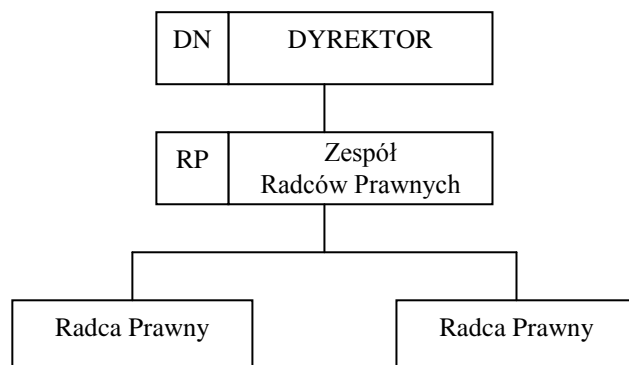
1. Nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala.
2. Wczesne wykrywanie zagrożenia epidemiologicznego i podejmowanie działań w celu ustalenia źródła zakażenia.
3. Monitorowanie zakażeń szpitalnych, analiza źródeł ich powstawania.
4. Prowadzenie rejestru patogenów alanowych, zakażeń szpitalnych, kolonizacji szczepami wieloopornymi.
5. Nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami, tworzenie nowych i aktualizacja istniejących procedur San.-Epid.
6. Prowadzenie kontroli wewnętrznych oraz przedstawianie wyników i wniosków z tych kontroli Dyrekcji Szpitala i Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
7. Organizacja zebrań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
8. Współuczestniczenie w Kontroli przeprowadzanych przez Stacje San-Epid.
9. Nadzór nad terminowością i rzetelnością wykonywanych zaleceń Inspekcji Sanitarnej.
10. Prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki zakażeń szpitalnych.

WSPÓŁPRACA:

1. Ze Stacjami Sanitarно-Epidemiologicznymi (Powiatową i Wojewódzką).
2. Z ordynatorami oddziałów, pielęgniarkami oddziałowymi i kierownikami innych komórek organizacyjnych szpitala.
3. Z lekarzami łącznikowymi uprawnionymi do przeprowadzania badań profilaktycznych w zakresie badań okresowych, szczepień ochronnych personelu itp.
4. Z Inspektorem ds. BHP w zakresie przestrzegania w Szpitalu przepisów BHP.
5. Z Komitetem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
6. Z różnymi instytucjami i organizacjami w zakresie edukacji personelu.

ZESPÓŁ RADCÓW PRAWNYCH

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



RADCA PRAWNY

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPSzW.

1. Obowiązki Radcy Prawnego określa Ustawa z dnia 6.07.1982 r. o Radcach Prawnych (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 10, poz. 65).
2. Radcę Prawnego obowiązuje znajomość ogólnej działalności Szpitala i organizacji jego pracy.
3. Przy wykonywaniu obowiązków Radca Prawny kieruje się zasadami praworządności, interesu Szpitala i aktualnie obowiązującymi przepisami.
4. Radca Prawny nie jest związany poleceniem służbowym, co do treści opinii prawnych.
5. Dyrektor Szpitala może wydać polecenie załatwienia sprawy w sposób odmienny, niż to wynika z opinii Radcy Prawnego, polecenie takie powinno być wydane na piśmie.
6. Do czasu pracy Radcy Prawnego zalicza się czas pracy w lokalu Szpitala, w sądach, urzędach oraz czas szkoleń, korzystania z pomocy prawnych, naukowych itp.

CEL:

Obsługa prawna.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

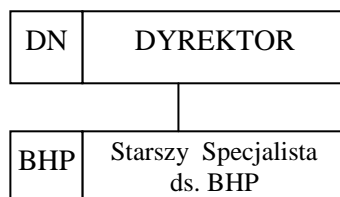
1. Udzielanie opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa.
2. Informowanie kierowników jednostek organizacyjnych SPSZW o zmianach w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w zakresie działalności Szpitala,
3. Informowanie Dyrektora o stwierdzonych uchybieniach w zakresie przestrzegania prawa i skutkach tych uchybień.
4. Nadzór nad egzekucją wierzytelności Szpitala.
5. Występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.
6. Udzielanie informacji o przepisach prawnych, organizacjom działającym na terenie Szpitala na wniosek tych organizacji.
7. Pomoc prawna przy opracowywaniu umów, zarządzeń i regulaminów szpitalnych.
8. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
9. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

1. Za prawidłowe wykonywanie zadań wynikających z Ustawy o Radcach Prawnych,
2. Za należyte wykorzystywanie przewidzianych przez prawo środków dla ochrony uzasadnionych interesów SPSzW.

STARSZY SPECJALISTA DS. BHP

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



STARSZY SPECJALISTA DS. BHP

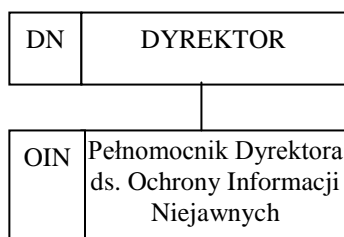
1. Starszy Specjalista d/s BHP jest organem doradczym i kontrolnym Dyrektora Szpitala.
2. Zadania Starszego Specjalisty d/s BHP określają aktualnie obowiązujące przepisy prawne tj.: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy. (Dz. U. Nr 109, poz. 704).

WSPÓŁPRACA:

1. Ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi SPSzW,
2. Z Działem Kadrowo-Płacowym w zakresie organizacji szkoleń, badań lekarskich.
3. Z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę nad pracownikami.
4. Z Organami Inspekcji Sanitarnej.
5. Z Państwową Inspekcją Pracy.

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Zapewnienie ochrony informacji niejawnych.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

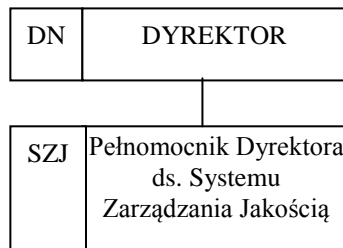
1. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji.
2. Okresowa kontrola ewidencji i obiegu dokumentów niejawnych.
3. Opracowanie planu ochrony szpitala i kontrola jego realizacji.
4. Szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o ochronie informacji niejawnych.
5. Prowadzenie zwykłego postępowania sprawdzającego w stosunku do pracowników wskazanych przez Dyrektora Szpitala i wydanie im poświadczenia bezpieczeństwa lub odmowy jego wydania.
6. Przechowywanie akt zakończonych postępowań sprawdzających w odpowiednio zabezpieczonym pomieszczeniu.
7. Prowadzenie wykazów stanowisk i rodzajów prac zleconych oraz osób dopuszczonych do prac, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych, oddzielnie dla każdej klauzuli tajności.
8. Prowadzenie bieżącego nadzoru nad pracą kancelarii tajnej.
9. Występowanie z wnioskiem do Dyrektora o wyznaczenie kierownika kancelarii tajnej.
10. Opracowanie planu postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego.
11. Opracowanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „zastrzeżone” dla określonych komórek organizacyjnych szpitala.
12. Współpraca z Delegaturą Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego w Lublinie w zakresie realizowanych zadań i informowanie na bieżąco Dyrektora o przebiegu tej współpracy.
13. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
14. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
15. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
16. Wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów lub z poleceń przełożonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Zapewnienie ustanowienia, wdrożenia i utrzymania Systemu Zarządzania Jakością w SPSzW.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

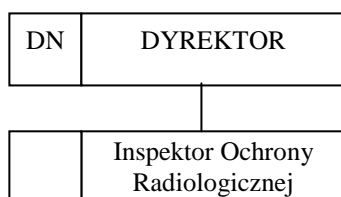
1. Podejmowanie działań mających na celu ustanowienie, wdrażanie i utrzymywanie procesów zidentyfikowanych w ramach Systemu Zarządzania Jakością wg PN-EN ISO 9001:2009 i procesu akredytacji zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.
2. Przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania jakością i wszelkich potrzeb związanych z jego doskonaleniem.
3. Upowszechnianie w SPSzW Polityki Jakości Szpitala i świadomości dotyczącej wymagań klientów wewnętrznych i zewnętrznych jednostki.
4. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (w tym firmą konsultującą i jednostką certyfikującą) w celu zapewnienia skutecznego wdrażania i późniejszej certyfikacji systemu zarządzania jakością.
5. Współpraca z kierownikami wewnętrznych komórek organizacyjnych SPSzW w przygotowaniu i wdrożeniu procedur niezbędnych do wdrażania systemu zarządzania jakością.
6. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
7. Wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów lub z poleceń przełożonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Nadzór w zakresie ochrony radiologicznej w Dziale Diagnostyki RTG

ZADANIA INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ:

1. Opracowywanie instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego poprzez określenie szczegółowego postępowania w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów.
2. Zapoznavanie wszystkich pracowników pracowni z w/w instrukcją i nadzór nad jej przestrzeganiem.
3. Szkolenie współpracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacji w zakresie znajomości zasad ochrony radiologicznej i posiadania umiejętności bezpiecznego wykonywania prac przy stosowaniu promieniowania rentgenowskiego.
4. Ustalanie wykazu środków ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i innego wyposażenia, służących do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym.
5. Wnioskowanie i opiniowanie w sprawach wyposażenia pracowni rentgenowskiej w sprzęt ochronny i aparaturę dozymetryczną.
6. Sprawdzanie działania sygnalizacji ostrzegawczej oraz prawidłowego oznakowania miejsc pracy ze źródłami promieniowania.
7. Sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem sprawnego i właściwego działania aparatów rentgenowskich.
8. Sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem właściwego przebiegu procesu wywoływania i utrwalania błon rentgenowskich oraz dobrej jakości stosowanych w ciemni materiałów i odczynników.
9. Sprawdzanie wykonywania codziennych oraz okresowych testów kontroli jakości obrazowania prowadzonych samodzielnie przez pracownię radiologiczną lub wykonywanych przez specjalistów spoza pracowni.
10. Prowadzenie ewidencji dawek otrzymywanych przez pracowników.
11. Informowanie pracowników o otrzymywanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub kontroli środowiska pracy.
12. Wyjaśnianie przy udziale organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyczyny każdego wzrostu dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników ponad ich dotychczasowy poziom, a w szczególności przekroczenia limitów dawek.

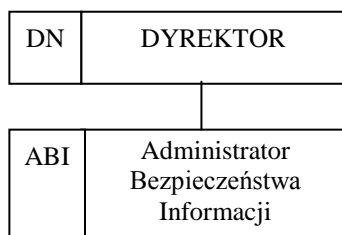
13. Informowanie kierownika pracowni o wynikach prowadzonego nadzoru w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów oraz przedstawianie mu zaleceń w celu usuwania braków i niedociągnięć.
14. Prowadzenie książki wniosków i uwag dotyczących warunków pracy i stanu ochrony radiologicznej.
15. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
16. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
17. Przechowywanie stosownej dokumentacji.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

ADMINISTRATOR BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ADMINISTRATOR BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI

Administrator Bezpieczeństwa Informacji podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Zapewnienie ochrony danych osobowych pacjentów i pracowników Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

Zadania Administratora Bezpieczeństwa Informacji:

1. Organizacja bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych,
2. Zapewnienie przetwarzania danych zgodnie z uregulowaniami Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie,
3. Wydawanie i anulowanie upoważnień do obsługi systemu informatycznego oraz urządzeń wchodzących w jego skład dla osób przetwarzających dane osobowe,
4. Prowadzenie „Rejestru osób zatrudnionych przy przetwarzaniu danych osobowych”
5. Prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych,
6. Nadzór nad bezpieczeństwem danych osobowych,
7. Kontrola działań komórek organizacyjnych pod względem zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych,
8. Inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć w zakresie doskonalenia ochrony danych osobowych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie,
9. Informowanie administratora danych o wszelkich zmianach przepisów prawa oraz potrzebach organizacji w zakresie ochrony danych osobowych,
10. Raportowanie administratorowi danych o każdym stwierdzonym incydencie naruszenia zasad ochrony bezpieczeństwa informacji, wraz z przedstawianiem propozycji planów naprawczych,
11. Współpraca z odpowiednimi komórkami kadrowymi, organizacyjnymi oraz informatycznymi w zakresie nadawania, zmieniania i odbierania uprawnień do przetwarzania danych osobowych, w szczególności uprawnień do przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym,
12. Prowadzenie szkoleń dla pracowników na temat ochrony danych osobowych w zakresie dla nich niezbędnym.
13. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
14. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.

Administrator Bezpieczeństwa Informacji ma prawo :

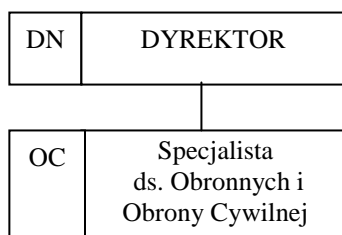
1. Wstępu do pomieszczeń, w których zlokalizowane są zbiory danych i przeprowadzenia niezbędnych badań lub innych czynności kontrolnych w celu oceny zgodności przetwarzania danych z ustawą,
2. Żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego,
3. Żądać okazania dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z problematyką kontroli,
4. Żądać udostępnienia do kontroli urządzeń, nośników oraz systemów informatycznych służących do przetwarzania danych.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

SPECJALISTA DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



SPECJALISTA DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ

Specjalista podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala

CEL:

Zabezpieczenie zadań w zakresie spraw obronnych i ochrony informacji niejawnych oraz obrony cywilnej na podstawie obowiązujących aktów prawnych.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

ZADANIA OBRONNE:

1. Znajomość obowiązujących przepisów prawnych.
2. Prowadzenie postępowania reklamacyjnego w razie ogłoszenia mobilizacji lub wybuchu wojny (reklamacji z urzędu lub na wniosek).
3. Opracowywanie i aktualizacja wykazu osób posiadających przydziały mobilizacyjne do Sił Zbrojnych i organizacyjno-mobilizacyjne do jednostek zmilitaryzowanych lub przewidzianych do mobilizacji.
4. Zawiadamianie wojskowych komendantów uzupełnień o osobach zatrudnionych lub zwalnianych z pracy podlegających obowiązkowi czynnej służby wojskowej.
5. Opracowanie i aktualizacja „Planu na potrzeby obronne państwa”.
6. Opracowanie i aktualizacja „Planu wydzielenia łóżek na potrzeby Sił Zbrojnych”.
7. Opracowanie i aktualizacja dokumentacji „Stałego Dyżuru”.
8. Opracowanie planów szkolenia kierowniczej kadry szpitala dotyczącej obronności.
9. Prowadzenie szkoleń na podstawie otrzymanych wytycznych z Urzędu Marszałka Województwa Lubelskiego.
10. Prowadzenie dokumentacji szkolenia (dzienniki szkolenia i konspekty do prowadzenia szkoleń).
11. Terminowe sporządzanie sprawozdań nakazanych przez komórkę ds. obronnych Wydziału Organizacyjno-Prawnego Urzędu Marszałka Województwa Lubelskiego.

ZADANIA OBRONY CYWILNEJ:

1. Znajomość obowiązujących przepisów prawnych.
2. Opracowanie i aktualizacja:
 - 1) planu obrony cywilnej szpitala,
 - 2) planu działania formacji obrony cywilnej,
 - 3) planu działania szpitala na wypadek ewakuacji miasta Lublina,
 - 4) wniosków dotyczących świadczeń osobistych i rzeczowych do Urzędu Miasta Lublin w ramach zabezpieczenia ewakuacji,
 - 5) planu ewakuacji pracowników i pacjentów na wypadek powstania pożaru, ataku terrorystycznego, podłożenia ładunku wybuchowego, katastrofy budowlanej lub innego nieprzewidzianego zdarzenia losowego.
3. Opracowanie planów szkoleń:

- 1) kadry kierowniczej szpitala,
- 2) składu osobowego formacji obrony cywilnej,
- 3) zespołów działających w ramach ewakuacji ludności miasta Lublin,
4. Prowadzenie dokumentacji szkolenia (dzienniki szkolenia i konspekty do prowadzenia szkoleń).
5. Prowadzenie ewidencji osób zatrudnianych i zwalnianych z pracy na podstawie dodatkowo opracowanej ankiety osobowej.
6. Typowanie i nadawanie pracownikom przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych do formacji Obrony Cywilnej.
7. Terminowe sporządzanie sprawozdań nakazanych przez Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Lublin.
8. Opracowanie wytycznych do działalności oraz planu realizacji zadań na dany rok na podstawie zadań określonych przez Prezydenta Miasta Lublina – Szefa Obrony Cywilnej miasta Lublin.

PROWADZENIE KANCELARII I POSTĘPOWANIE Z DOKUMENTAMI NIEJAWNYMI:

1. Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad obiegiem dokumentów niejawnych.
2. Udostępnianie i wydawanie dokumentów niejawnych osobom posiadającym stosowne zaświadczenia bezpieczeństwa.
3. Egzekwowanie zwrotu dokumentów niejawnych.
4. Przestrzeganie właściwego oznaczania i rejestrowania dokumentów niejawnych.
5. Prowadzenie bieżącej kontroli postępowania z dokumentami zawierającymi informacje niejawne, które zostały udostępnione pracownikom.
6. Przyjmowanie (przechowywanie) korespondencji niejawnej zgodnie z przepisami.
7. Kontrola dokumentów niejawnych przechowywanych u wykonawców.
8. Zszywanie dokumentów archiwalnych.
9. Wykonywanie poleceń Pełnomocnika Dyrektora ds. Informacji Niejawnych.

GOSPODARKA SPRZĘTEM OBRONY CYWILNEJ:

1. Prowadzenie ewidencji sprzętu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Potwierdzanie zgodności stanów z Wydziałem Bezpieczeństwa Mieszkańców i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Lublin.
3. Zapewnienie odpowiednich warunków przechowywania sprzętu.
4. Zgłaszanie do WZK Urzędu Wojewódzkiego sprzętu dozymetrycznego w celu jego kalibracji.
5. Nadzór nad komisyjnym przekwalifikowaniem sprzętu i oceną stanu technicznego.

INNE OBOWIĄZKI:

1. Przestrzeganie przepisów i zasad BHP i ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
2. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
3. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
4. Dbanie o ład i porządek w miejscu pracy.
5. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.

WSPÓLPRACA:

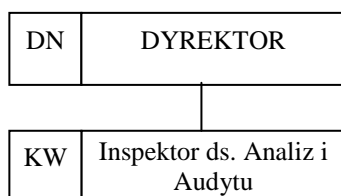
1. Sekcja Inwentarzowa i Dział Techniczny SPSzW w zakresie inwentaryzacji sprzętu w magazynie OC przy ul. Niecałej 20.
2. WZK Urzędu Wojewódzkiego i Urzędu Miejskiego.
3. Wojskowa Komenda Uzupełnień.
4. Wydział Spraw Administracyjnych Urzędu Miejskiego.
5. Komenda Wojewódzka Policji.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

INSPEKTOR DS. ANALIZ I AUDYTU

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



INSPEKTOR DS. ANALIZ I AUDYTU

Inspektor podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Wykrywanie nieprawidłowości w funkcjonowaniu Szpitala w każdym aspekcie działania, zmierzające do podniesienia sprawności jego działania poprzez usunięcie ujawnionych w wyniku przeprowadzonej kontroli wewnętrznej przyczyn i źródeł powstania nieprawidłowości.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Rzetelna, obiektywna i niezależna ocena funkcjonowania Szpitala w zakresie całego systemu środków kontroli ustanowionych przez kierownictwo w odniesieniu do wszystkich rodzajów działalności pod względem legalności, gospodarności, celowości, rzetelności, przejrzystości i jawności zmierzająca do podniesienia sprawności jego działania poprzez usunięcie przyczyn i źródeł powstania nieprawidłowości.
2. Opracowywanie rocznego planu kontroli wewnętrznej.
3. Przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdania z wykonania planu kontroli za rok poprzedni – do końca marca każdego roku.
4. Sprawdzanie prawidłowości zabezpieczenia mienia SPSzW przed kradzieżą, zniszczeniem, uszkodzeniem i innymi szkodami.
5. Opracowywanie zaleceń i projektów zarządzeń pokontrolnych oraz nadzór nad realizacją tych zaleceń i zarządzeń.
6. Prowadzenie bieżących akt (dokumentowanie przebiegu i wyniku działań kontrolnych tj. protokoły z narad z kierownikami kontrolowanych komórek organizacyjnych, sprawozdania z kontroli, notatki informacyjne z czynności sprawdzających);
7. Informowanie Dyrektora Szpitala i organów ścigania o czynach mających cechy przestępstwa.
8. Wnioskowanie do Dyrektora o ukaranie osób winnych stwierdzonych nieprawidłowości.
9. Wykonywanie czynności kontrolnych w postaci kontroli wstępnej (zapobiegającej niepożądanym lub nielegalnym działaniom), bieżącej i następnej.
10. Opracowywanie programów zdrowotnych.
11. Przygotowywanie projektów unijnych mających na celu pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych.
12. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
13. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
14. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
15. Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

WSPÓLPRACA:

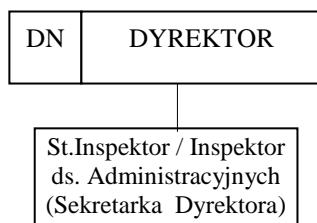
Współdziałanie ze wszystkimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

**STARSZY INSPEKTOR / INSPEKTOR DS. ADMINISTRACYJNYCH
(SEKRETARKA DYREKTORA)**

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



STARSZY INSPEKTOR / INSPEKTOR DS. ADMINISTRACYJNYCH

Inspektor podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Profesjonalna obsługa sekretariatu Dyrektora.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

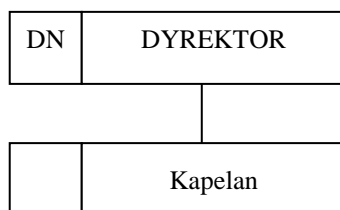
1. Obsługa sekretarska Dyrektora i jego Zastępców.
2. Rejestracja i prowadzenie dziennika pism przychodzących bezpośrednio do Dyrekcji.
3. Rozprowadzanie poczty zgodnie z dekreacją.
4. Prowadzenie:
 - 1) bieżącej korespondencji Dyrektora,
 - 2) rejestru zleceń wyjazdów służbowych,
 - 3) rejestru upoważnień, pełnomocnictw,
 - 4) teczek a/a Dyrektora.
5. Rejestracja zarządzeń Dyrektora.
6. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
7. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
8. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
9. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

KAPELAN

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



KAPELAN

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Spełnianie obrzędów i posług religijnych na rzecz chorych.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Udzielanie posług religijnych w salach chorych przy uwzględnianiu postanowień regulaminów oraz specyficznych warunków danego oddziału szpitalnego.
2. Uzgadnianie czasu i miejsca wykonywania posług religijnych z ordynatorem oddziału.
3. Spełnianie obrzędów i posług religijnych w taki sposób by nie zakłócały funkcjonowania pracy oddziałów i normalnej obsługi chorych.
4. Wykonywanie obrzędów i posług religijnych w przeznaczonych do tego pomieszczeniach zgodnie z Instrukcją Ministra Zdrowia i Op. Społ. Nr 9/81 z dn. 9.09.1981 r.
5. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
6. W przypadku nieobecności kapelana w nagłych wypadkach należy na prośbę chorego lub rodziny jeśli chory jest nieprzytomny, umożliwić spełnienie posług religijnych przez innego duchownego.

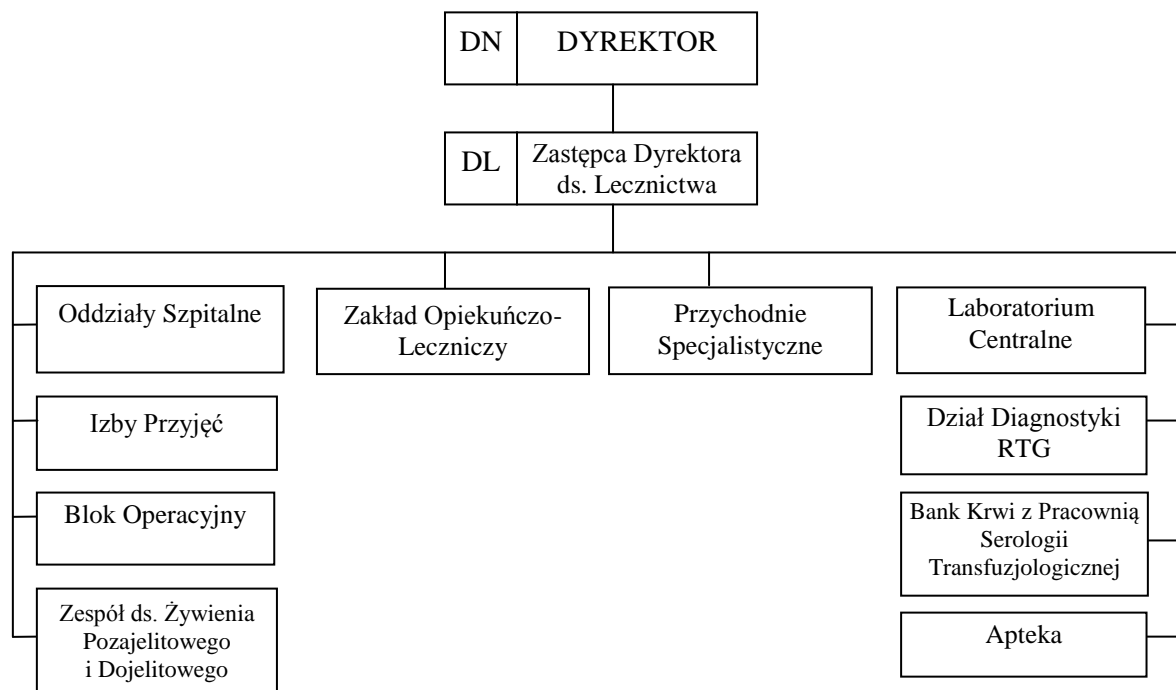
ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

2. PION ZASTĘPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

PEŁNIENIE ZASTĘPSTW:

Zastępuje Dyrektora Szpitala podczas jego nieobecności.

CEL:

Organizowanie optymalnych warunków dla realizacji zadań statutowych w zakresie udzielanych świadczeń medycznych przy wykorzystaniu posiadanych zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Planowanie, wdrażanie i monitorowanie realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o zawarte kontrakty, umowy z podmiotami zewnętrznymi.
2. Analiza całokształtu świadczonych usług medycznych przez komórki organizacyjne szpitala pod kątem właściwego ich funkcjonowania w warunkach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Nadzorowanie prac związanych z przygotowaniem ofert konkursowych na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
4. Nadzór nad problematyką epidemiologiczną Szpitala – monitorowanie, profilaktyka, podejmowanie działań operacyjnych w tym zakresie.
5. Uczestniczenie w opracowaniu planów rzeczowo-finansowych Szpitala.

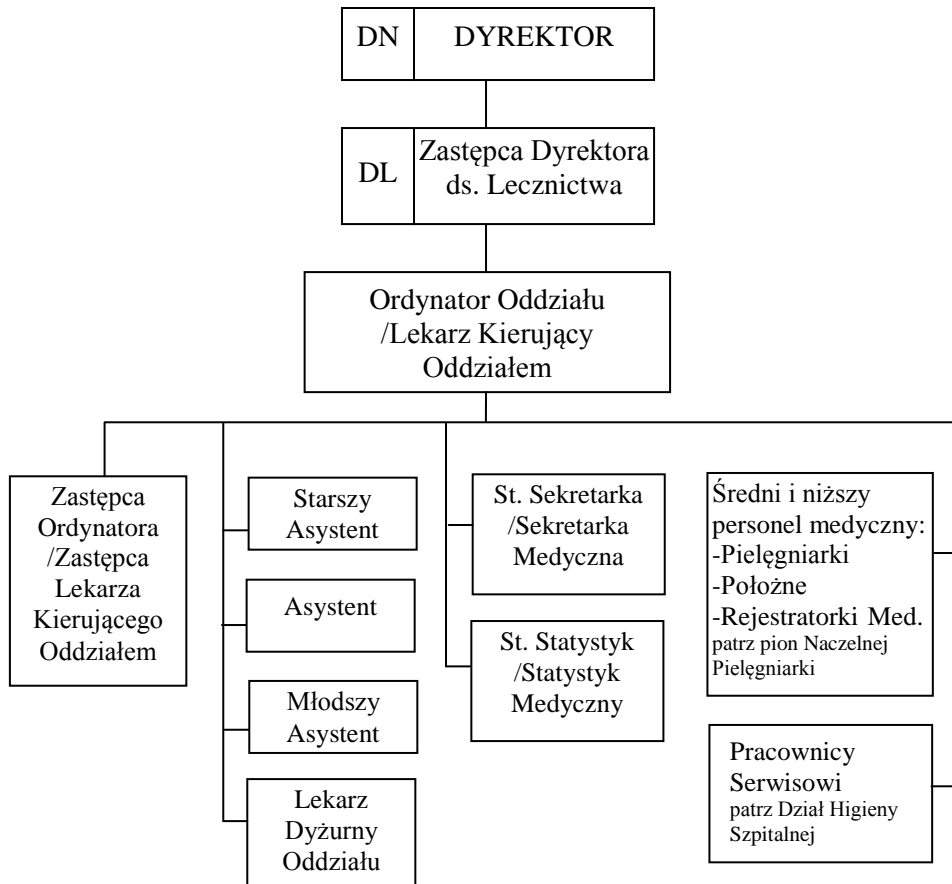
6. Nadzór merytoryczny nad prawidłową realizacją zamówień publicznych w zakresie zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną.
7. Pełnienie nadzoru nad:
 - 1) jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych i przestrzeganiem procedur medycznych,
 - 2) dokumentacją lekarską oraz przeprowadzanie kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej,
 - 3) racjonalnym wykorzystaniem łóżek w Szpitalu oraz sprzętu medycznego w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - 4) właściwą gospodarką lekami, krwią i artykułami medycznymi,
 - 5) prawidłowym przebiegiem kształcenia podyplomowego,
 - 6) statystyką i sprawozdawczością medyczną.
8. Przyjmowanie, rozpatrywanie skarg, zażaleń oraz wniosków dotyczących udzielanych świadczeń medycznych.
9. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
10. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008 obowiązujących w Szpitalu.
11. Nadzorowanie realizacji zadań Szpitala w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
12. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań Szpitala.
13. Wykonywanie innych czynności nie objętych niniejszym zakresem a zleconych przez Dyrektora SPSzW im. Jana Bożego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

ODDZIAŁ SZPITALNY

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ODDZIAŁ SZPITALNY

1. Jest jedną z podstawowych komórek organizacyjnych szpitala o charakterze leczniczo-profilaktycznym.
2. Oddziałem kieruje Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem, który jest zwierzchnikiem personelu zatrudnionego w oddziale.
3. Oddział może dzielić się na pododdziały.
4. W skład oddziału mogą wchodzić pracownie diagnostyczne.

ZADANIA ODDZIAŁU SZPITALNEGO:

1. Świadczenie stacjonarnych usług medycznych w reprezentowanej specjalności, bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub umowie cywilnoprawnej.
2. Rozpoznawanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach.
4. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz poradni specjalistycznych.
5. Wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne.

6. Zapewnienie profesjonalnej, holistycznej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym, uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta.
7. Zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych.
8. Zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.
9. Utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi.
10. Prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych.
11. Prowadzenie specjalizacji lekarskich, pielęgniarskich, staży kierunkowych, praktyk studenckich.
12. Wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego oddziału, w tym prowadzenie wewnętrznych szkoleń.
13. Realizacja zadań wynikających z procesu akredytacji i Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2008.
14. Przestrzeganie Praw Pacjenta wynikających z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T. j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).
15. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Szpitala oraz przepisami prawa.
16. Gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych.
17. Realizowanie obowiązków nałożonych aktami wewnętrznymi obowiązującymi w Szpitalu.
18. Rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej.
19. Przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji.
20. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulamin Organizacyjny oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne.

Oddziały szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności.

1. Do zadań Oddziału Internistycznego należy w szczególności:
 - 1) Diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych obejmujących schorzenia gastroenterologiczne, diabetologiczne, endokrynologiczne, pulmonologiczne, hematologiczne i nefrologiczne oraz choroby serca i układu krążenia.
 - 2) Świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.
 - 3) Wykonywanie badań EKG, próby wysiłkowej na bieżni, badań echograficznych serca, badań holterowskich RR i EKG.
2. Do zadań Oddziału Chorób Zakaźnych Dziecięcych należy w szczególności:
 - 1) Obserwacja i diagnostyka pacjentów dziecięcych z podejrzeniem zarażenia chorobą zakaźną oraz leczenie pacjentów ze stwierdzoną chorobą zakaźną.
 - 2) Diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób wieku rozwojowego, do 18 roku życia.
 - 3) Prowadzone jest leczenie infekcji bakteryjnych i wirusowych przewodu pokarmowego, infekcji centralnego układu nerwowego, chorób odkleszczowych, wrodzonych nabytych chorób, takich jak: toksoplazmoza, cytomegalia; chorób wysypkowych wieku dziecięcego: płonnicza, ospa wietrzna, różyczka, odra i ich powikłań; chorób powodujących zachorowania epidemiczne: grypa, salmonellozy, zakażenia rotawirusowe; chorób pasożytniczych: glistnica, toksokaroza, tasiemczyca; chorób bakteryjnych: jersinioza, listerioza, krztusiec; zakażeń bakteryjnych – zakażenia pneumokokowe, meningokokowe.

- 4) Prowadzona jest diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby, ostre i przewlekłe, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń B i C.
 - 5) Prowadzona jest profilaktyka zakażeń poekspozycyjnych HIV i AIDS oraz profilaktyka u matek HIV dodatnich.
 - 6) Prowadzone jest leczenie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz profilaktyka przeciw wściekliźnie, a także profilaktyka chorób tropikalnych i leczenie chorób przywlekanych jak malaria, leiszmanioza.
3. Do zadań Wojewódzkiego Ośrodka Diagnostyki i Terapii Gruźlicy i Chorób Płuc należy w szczególności:
- 1) Diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób układu oddechowego w tym: gruźlicy i mykobakterioz, chorób śródmiąższowych płuc, astmy, POCHP, chorób nowotworowych z podawaniem chemioterapii.
 - 2) Diagnostyka kaszlu, duszności, krwiopłucia.
 - 3) Świadczenie usług konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.
 - 4) Wykonywanie badań czynnościowych układu oddechowego – spirometria z próbą rozkurczową, bronchofiberoskopia diagnostyczna z pobraniem materiału, bronchoskopia lecznicza, biopsja igłowa transtorakalna płuca pod kontrolą tomografii komputerowej, punkcja jamy opłucnej z aspiracją płynu – diagnostyczna i odbarczająca.
 - 5) Tlenoterapia domowa.
 - 6) Aerozoloterapia lecznicza.
4. Do zadań Oddziału Położniczego z Oddziałem Patologii Ciąży należy w szczególności:
- 1) Nadzór i opieka nad ciężarną z obciążonym wywiadem położniczym, ciążą wysokiego ryzyka: poronienia nawykowe, niewydolność cieśniowo-szyjkowa, stan po leczeniu niepłodności.
 - 2) Diagnostyka i leczenie chorób wikłających ciążę: choroby pierwotniakowe (toxoplazmoza), niedokrwistość ciężarnych, choroby przemiany materii (cukrzyca pojawiająca się w ciąży, cukrzyca insulinozależna, cholestaza ciężarnych),
 - 3) Diagnostyka i leczenie porodu przedwczesnego oraz poronienia zagrażającego.
 - 4) Diagnostyka prenatalna wad płodu.
 - 5) Diagnostyka i leczenie nadciśnienia indukowanego ciążą i gestozy.
 - 6) Leczenie niepowściągliwych wymiotów ciężarnych.
 - 7) Diagnostyka i leczenie zakażeń dróg moczowo – płciowych w ciąży.
 - 8) Nadzór nad ciążą mnogą.
 - 9) Nadzór nad ciężarną z nieprawidłową ilością płynu owodniowego, opóźnionym wzrastaniem wewnątrzmacicznym płodu, przedwczesnym pęknięciem błon płodowych, nieprawidłową lokalizacją łożyska.
 - 10) Profilaktyka konfliktu serologicznego.
 - 11) Świadczenie opieki okołoporodowej nad kobietą ciężarną.
 - 12) Prowadzenia porodów fizjologicznych bez nacięcia krocza i z nacięciem krocza, cięcie cesarskie w dolnym odcinku, cięcie klasyczne.
 - 13) Opieka poporodowa nad położnicą.
 - 14) Prowadzenie porodów rodzinnych.
 - 15) Prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych, mających na celu przekazanie wiedzy i przygotowanie kobiet ciężarnych do porodu i porożu;
 - 16) Wykonywanie badań diagnostycznych: wewnątrzmaciczne monitorowanie dobrostanu płodu (KTG), pełne badanie USG ciąży, przepływy (Doppler).
 - 17) Wykonywanie zabiegów: szew okrężny na szyjkę macicy, aplikacja Pessaria, wyłżeczowanie jamy macicy (pobieranie materiału diagnostycznego do badań histopatologicznych).

5. Do zadań Oddziału Ginekologicznego z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej należy w szczególności:
 - 1) Diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych, w tym leczenie operacyjne nowotworów złośliwych narządu płciowego, leczenie operacyjne nowotworów łagodnych, endometriozy i innych schorzeń zapalnych i niezapalnych, leczenie operacyjne zaburzeń statyki narządu rodnego i nietrzymania moczu, diagnostyka i leczenie małoinwazyjne: laparoscopia, histeroscopia, ultrasonografia; leczenie niepłodności, diagnostyka chorób narządu płciowego inwazyjna i nieinwazyjna, leczenie zachowawcze.
6. Do zadań Oddziału Noworodków i Wcześniejków należy w szczególności:
 - 1) Sprawowanie opieki nad noworodkiem po urodzeniu, w tym czuwanie nad prawidłowym przebiegiem okresu adaptacyjnego zdrowego noworodka oraz uczestnictwo w budowaniu prawidłowej więzi macierzyńskiej między matką i dzieckiem;
 - 2) Diagnozowanie i leczenie noworodków z ciąż patologicznych oraz wykazujących objawy schorzeń i wad wrodzonych;
 - 3) Hospitalizacja noworodków patologicznych z oddziałów o niższej referencyjności.
7. Do zadań Oddziału Anestezjologii należy w szczególności:
 - 1) Organizowanie i współdziałanie w postępowaniu resuscytacyjnym na terenie Szpitala.
 - 2) Zabezpieczenie postępowania terapeutycznego chorych w stanie zagrożenia życia.
 - 3) Współdziałanie w ustalaniu zasad przygotowania chorych do zabiegów operacyjnych.
 - 4) Przeprowadzanie znieczuleń pacjentów do zabiegów operacyjnych.
 - 5) Współdziałanie w nadzorze pooperacyjnym na oddziałach zabiegowych oraz prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym w oddziale.
 - 6) Konsultowanie pacjentów w oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia na Stanowisku Intensywnej Terapii.
8. Do zadań na Stanowisku Intensywnej Terapii należy w szczególności:
 - 1) Objęcie postępowaniem leczniczym pacjentów, którzy wymagają ustabilizowania podstawowych parametrów życiowych w stopniu pozwalającym na powrót na ogólną salę chorych w oddziale macierzystym, bądź
 - 2) zapewnienie prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, z którym Szpital zawarł umowę.

ORDYNATOR ODDZIAŁU/LEKARZ KIERUJĄCY ODDZIAŁEM

Ordynator/Lekarz Kierujący podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, a pod względem fachowym Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Ordynatora powołuje Dyrektor w oparciu o postępowanie konkursowe. Lekarza Kierującego Oddziałem powołuje Dyrektor w oparciu o wewnętrzne postępowanie konkursowe.

CEL:

Zapewnienie właściwego leczenia chorych poprzez sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Organizowanie pracy w oddziale, nadzorowanie pod względem fachowym i etycznym pracy podległego personelu.
2. Ponoszenie pełnej odpowiedzialności za podjęte decyzje dotyczące procesu diagnostyczno-leczniczego.
3. Przeprowadzanie badania każdego pacjenta przyjętego do oddziału oraz ustalanie metody leczenia, przestrzeganie, aby każdy pacjent przyjęty na oddział był niezwłocznie zbadany i aby była mu udzielona właściwa pomoc lekarska.

4. Organizowanie pracy w oddziale, tak aby rozpoznanie można było postawić w jak najkrótszym czasie.
5. Czuwanie nad tym, aby lekarz dyżurny był powiadomiony o wszystkich pacjentach, którzy wymagają specjalistycznego nadzoru.
6. Dokonywanie wizyt na oddziale w ustalonych godzinach przy udziale lekarzy zatrudnionych w oddziale, pielęgniarki oddziałowej, dietetyczki, właściwych pielęgniarek odcinkowych.
7. Organizowanie sprawnego systemu konsultacji pacjentów w innych oddziałach szpitala oraz współdziałanie z innymi lekarzami kierującymi oddziałem i kierownikami komórek szpitala celem poprawy organizacji i efektywności szpitala jako całości.
8. Przybywanie na oddział, na wezwanie Dyrektora Szpitala, lekarzy zatrudnionych w oddziale lub lekarza dyżurnego ilekroć zajdzie uzasadniona potrzeba.
9. Omawianie z lekarzami zatrudnionymi w oddziale wybranych przypadków chorobowych, sposobu ustalania rozpoznania i metod ich leczenia.
10. Dbanie, aby pacjenci w oddziale byli leczeni zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej oraz mieli zapewnioną opiekę lekarsko-pielęgniarską zgodną z obowiązującymi standardami.
11. Informowanie pacjentów zgłaszających chęć wypisania się wbrew opinii lekarskiej o następstwach przedwczesnego wypisania się oraz dokonywanie wypisu chorego dopiero po otrzymaniu od niego bądź od jego opiekunów pisemnego oświadczenia, że wypisuje się na własne żądanie i odpowiedzialność oraz że został uprzedzony o następstwach przedwczesnego wypisania.
12. Udzielanie pacjentowi i innym osobom uprawnionym pełnych informacji o stanie zdrowia pacjenta.
13. Respektowanie praw i obowiązków pacjentów wynikających z ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
14. Egzekwowanie składania przez pacjentów świadomej, pisemnej zgody, w przypadku procedur diagnostycznych o podwyższonym ryzyku.
15. Przesyłanie meldunku o zgonie pacjenta w oddziale Dyrektorowi Szpitala.
16. Dbanie o racjonalne wykorzystanie łóżek oraz przeciwdziałanie przebywaniu na oddziale przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia.
17. Sprawowanie nadzoru nad prawidłową realizacją świadczeń zdrowotnych warunkujących pełną realizację planu rzeczowo – finansowego z równoczesną dbałością o optymalizację generowanych kosztów.
18. Dokonywanie okresowych analiz osiągniętych wyników zrealizowanych świadczeń przez oddział w oparciu o raporty dostarczane przez SGA, porównywanie ich z uśrednionymi wynikami innych szpitali i przedstawianie wniosków Dyrektorowi.
19. Nadzorowanie sprawozdawczości z realizacji świadczonych usług w oddziale wynikających z podpisanej umowy z NFZ i ustawy o statystyce publicznej.
20. Bezpośrednie nadzorowanie i kontrolowanie jakości świadczonych usług przez podległy personel oddziału i nadzorowanie przestrzegania przepisów porządkowych i regulaminów szpitala.
21. Sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel ze szczególnym uwzględnieniem sposobu prowadzenia historii chorób w świetle obowiązujących przepisów i procedur.
22. Sprawowanie nadzoru nad gospodarką lekami, środkami odurzającymi i artykułami sanitarnymi
23. Wydawanie opinii o podległym personelu oraz występowanie z wnioskami w sprawie przyjmowania, zwalniania, awansowania i karaniania tego personelu
24. Kierowanie pracą lekarzy specjalizujących się w oddziale, koordynowanie terminów realizacji programu specjalizacyjnego oraz zapewnienie właściwych warunków pracy.
25. Zaznajamianie się z pracami naukowymi prowadzonymi w oddziale i opiniowanie ich przed opublikowaniem.

26. Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów na pracę podległej komórki organizacyjnej.
27. Dbanie o stałe utrzymanie oddziału w należytym stanie pod względem higienicznym i porządkowym.
28. Branie udziału w pracach: komisji, komitetów i zespołów działających w szpitalu w przypadkach powołania do ich składu przez Dyrektora.
29. Wykonywanie zadań związanych z działalnością administracyjno-gospodarczą oddziału.
30. Dbałość z należytą starannością o składniki majątkowe, materialne i niematerialne stanowiące własność Szpitala.
31. Współpraca z pielęgniarką oddziałową w zakresie prowadzonego procesu terapeutyczno-pielęgnacyjnego i prowadzenia dokumentacji medycznej.
32. Zawiadamianie Dyrektora o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej, o nieprzestrzeganiu reguł etycznych oraz naruszaniu dyscypliny pracy.
33. Powiadamianie niezwłocznie Dyrektora Szpitala o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa oraz o przypadkach choroby psychicznej lub zakaźnej w oddziale dla tych chorób nie przeznaczonym.
34. Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
35. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.
36. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania jakością ISO 9001:2008 obowiązujących w Szpitalu.
37. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
38. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjny i gospodarczym.

ZASTĘPCA ORDYNATORA ODDZIAŁU / ZASTĘPCA LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM

Zastępcę Ordynatora / Zastępcę Lekarza Kierującego Oddziałem powołuje i odwołuje Dyktor Szpitala na wniosek Ordynatora / Lekarza Kierującego Oddziałem.

Zastępcą Ordynatora / Zastępcę Lekarza Kierującego Oddziałem podlega bezpośrednio Ordynatorowi Oddziału / Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.

CEL:

Pomoc Ordynatorowi/ Lekarzowi Kierującemu Oddziałem w organizowaniu pracy w zakresie sprawnego funkcjonowania oddziału.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Pełnienie funkcji Ordynatora Oddziału/Lekarza Kierującego Oddziałem w czasie nieobecności ordynatora.
2. Organizowanie i nadzór pod względem fachowym pracy w oddziale.
3. Czuwanie nad właściwym tokiem leczenia chorych.
4. Wykonywanie niezbędnych zadań związanych z działalnością administracyjno-gospodarczą oddziału.
5. Nadzór i kontrola dystrybucji leków, w tym przechowywanie i rozchód leków narkotycznych.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

LEKARZ DYŻURNY ODDZIAŁU

Podlega bezpośrednio Ordynatorowi Oddziału/ Lekarzowi Kierującemu Oddziałem

CEL:

Zabezpieczenie opieki lekarskiej powierzonych pacjentów w czasie trwania dyżuru.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

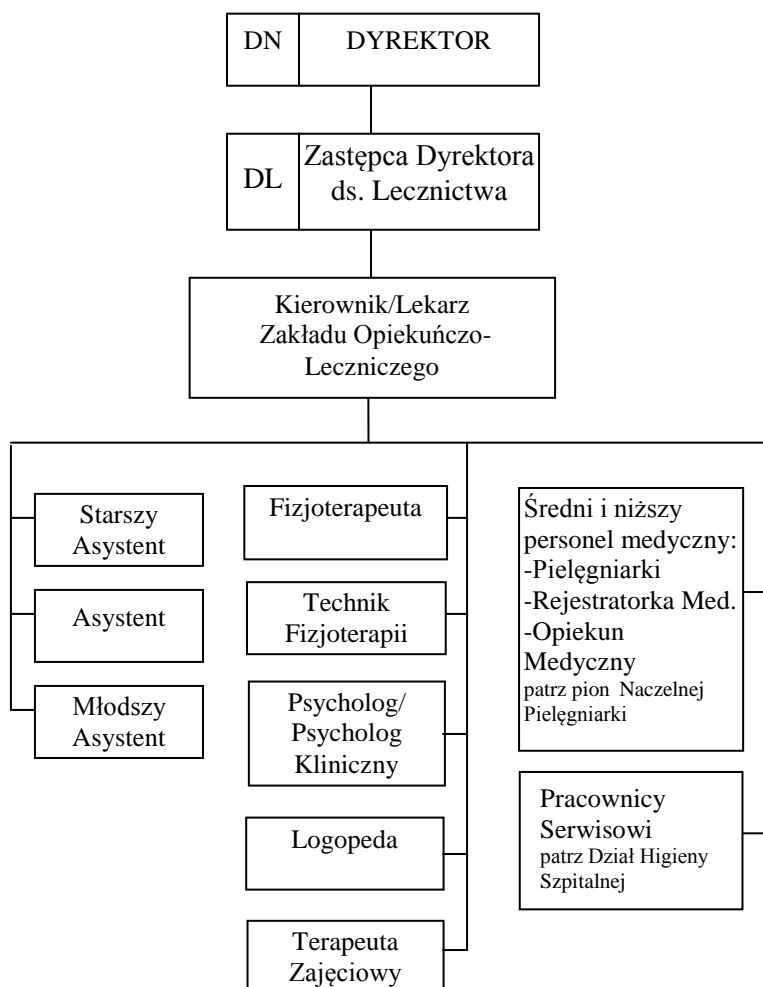
1. Rozpoczynanie dyżuru o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów i kończenie po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej na oddziale, a w dniu świątecznym – po zgłoszeniu się zastępcy, któremu należy przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych.
2. Przebywanie na oddziale przez cały czas trwania dyżuru.
3. Dokładne zbadanie każdego chorego skierowanego do lekarza izby przyjęć i po ustaleniu przy pomocy wszystkich dostępnych środków rozpoznania wytyczenie linii postępowania i rozpoczęcie leczenia.
4. Na prośbę lekarza dyżurnego izby przyjęć ogólnej (oddziałowej) lub lekarza dyżurnego innego oddziału szpitala przeprowadzanie badania konsultacyjnego lub uczestniczenie w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania.
5. Wykonywanie obchodów lekarskich w godzinach popołudniowych i wieczornych.
6. Prowadzenie zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej postępowania leczniczego u chorych na oddziale pozostawionym jego opiece.
7. Uczestniczenie i wykonywanie samodzielnie, jeśli jest w tej mierze upoważniony przez Ordynatora/Lekarza Kierującego Oddziałem wynikających z postawionych wskazań zabiegów u chorych przyjętych do szpitala w czasie dyżuru.
8. W przypadkach wątpliwych zarówno medycznych jak i innych każdorazowo zasięganie opinii Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem.
9. Prowadzenie dokładnej i systematycznej dokumentacji chorych przyjętych w czasie dyżuru, ciężko chorych, u których występują znaczniejsze różnice w stanie zdrowia oraz chorych przeniesionych z innych oddziałów (szpitali), a także zmarłych.
10. Nadzorowanie pracy personelu średniego i niższego oddziału, kontrolowanie wykonania wydanych zleceń i pielęgnowania ciężko chorych.
11. Dopilnowanie potrzebnego zaopatrzenia oddziału w leki, krew, tlen i aparaturę potrzebną na okres dyżuru.
12. Bezwzględne udawanie się na wezwanie personelu pomocniczo-leczniczego do chorych wymagających pomocy.
13. Udzielanie w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia, po które zwracają się członkowie rodziny bądź opiekunowie chorych.
14. Respektowanie praw i obowiązków pacjentów wynikających z ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
15. Egzekwowanie składania przez pacjentów świadomej, pisemnej zgody, w przypadku procedur diagnostycznych o podwyższonym ryzyku.
16. Czuwanie nad bezpieczeństwem i prawidłowym wykorzystaniem sprzętu medycznego.
17. Składanie Ordynatorowi / Lekarzowi Kierującemu Oddziałem raportu z odbytego dyżuru.
18. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
19. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
20. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
21. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Ordynatora Oddziału/ Lekarza Kierującego Oddziałem, Dyrektora Szpitala, lekarza dyżurnego izby przyjęć bezpośrednio wiążących się z zakresem jego działalności a nie objętych niniejszym zakresem.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Do zadań Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego należy w szczególności:

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

KIEROWNIK/LEKARZ ZAKŁADU

Kierownik podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Zapewnienie właściwego poziomu udzielania świadczeń leczniczo-pielęgnacyjnych poprzez sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym.

DO ZADAŃ KIEROWNIKA/LEKARZA ZAKŁADU NALEŻY:

1. Czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy zakładu, nadzorowanie pod względem fachowym i etycznym pracy podległego personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy.
2. Zawiadamianie bezzwłocznie Dyrektora o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej, o nieprzestrzeganiu reguł etycznych oraz naruszaniu dyscypliny pracy.
3. Ponoszenie całkowitej odpowiedzialności za proces leczniczo - pielęgnacyjny chorych zakładu.
4. Badanie każdego nowo przybyłego chorego oraz ustalenie procesu leczniczo-pielęgniarskiego.
5. Dbanie aby chorzy w zakładzie byli leczeni zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej oraz mieli zapewniony odpowiedni poziom usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych.
6. Dokonywanie obchodu i badanie chorych co najmniej 2 razy w tygodniu w ustalonych godzinach przy udziale: pielęgniarza koordynującego, dietetyczki, właściwych pielęgniarek oddziałowych i fizykoterapeutów.
7. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji chorych, dbanie o to, aby historie choroby były prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami, w sposób oddający wierny obraz przebiegu choroby, zarówno w zakresie leczenia chorego jak i działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych.
8. W przypadku śmierci chorego bezzwłoczne przesyłanie meldunku o zgonie Dyrektorowi Szpitala.
9. Przybywanie do zakładu na wezwanie Dyrektora Szpitala, pielęgniarek zatrudnionych w zakładzie ilekroć zajdzie uzasadniona potrzeba.
10. Wydawanie opinii w sprawie wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.
11. Nadzór nad dokumentacją będącą podstawą przyjęcia pacjenta do zakładu.
12. Nadzór i współpraca z komórkami Szpitala w zakresie rozliczania świadczeń w ramach umowy z NFZ oraz odpłatności pacjenta za świadczenie.
13. Prowadzenie listy oczekujących na świadczenia medyczne zgodnie z obowiązującymi przepisami.
14. Udzielanie rodzinie lub opiekunom pacjenta pełnych informacji o stanie zdrowia.
15. Respektowanie praw i obowiązków pacjentów wynikających z ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
16. Egzekwowanie składania przez pacjentów świadomej, pisemnej zgody, w przypadku procedur diagnostycznych o podwyższonym ryzyku.
17. Czuwanie nad stałym, systematycznym doształcaniem personelu średniego.
18. Stwierdzanie uprawnień pielęgniarek do dokonywania wstrzykiwań dożylnych.
19. Wydawanie w przypadkach uzasadnionych zezwolenia na odwiedziny chorych w dni i godziny nieprzewidziane w regulaminie szpitalnym oraz dostarczenie chorym pożywienia spoza szpitala.
20. Czuwanie nad zapewnieniem bezpieczeństwa chorym w zakładzie oraz kontrolowanie wykonania wydanych w tym przedmiocie zarządzeń.
21. Sprawowanie nadzoru nad gospodarką lekami, środkami odurzającymi i artykułami sanitarnymi poprzez:
 - 1) nadzorowanie apteczki oddziałowej i stałą kontrolę zużycia leków i artykułów sanitarnych oraz terminów ich ważności;
 - 2) ustalanie w porozumieniu z Dyrektorem i Kierownikiem Apteki zapasu leków i artykułów sanitarnych dla apteczki oddziałowej;
 - 3) nadzór i kontrola dystrybucji leków, w tym przechowywanie i rozchód leków narkotycznych;
 - 4) nadzór nad prawidłowym stosowaniem i podawaniem pacjentom leków i środków odurzających;

- 5) bieżąca kontrola środków odurzających w zakresie ich właściwego zabezpieczenia, przechowywania, ordynacji i ewidencji;
- 6) udzielanie personelowi oddziału instruktażu w zakresie właściwości leków stosowanych w oddziale.
22. Wydawanie opinii o podległym personelu oraz występowanie z wnioskami w sprawie przyjmowania, zwalniania, awansowania i karania tego personelu.
23. Dbanie o stałe utrzymanie zakładu w należytym stanie pod względem sanitarno-higienicznym i porządkowym
24. Dbanie o właściwe wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej.
25. Przeprowadzanie w oparciu o dane statystyczne okresowej analizy leczonych chorych w zakładzie oraz przedstawianie Dyrektorowi Szpitala wyników tej analizy.
26. Ponoszenie odpowiedzialności za pracę fachową i administracyjną podległych pielęgniarek w zakresie prowadzenia dokumentacji, gospodarki materiałowej i gospodarki lekami. Powiadamianie niezwłocznie Dyrektora Szpitala o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa oraz o przypadkach choroby psychicznej lub zakaźnej w oddziale dla tych chorób nie przeznaczonym.
27. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
28. Wykonywanie innych czynności określonych odrębnymi przepisami bądź zleconymi przez Dyrektora Szpitala wiążących się z zakresem jego działania a nie objętych niniejszym zakresem czynności.

Na stanowisku obowiązuje:

- 1) Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
- 2) Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
- 3) Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
- 4) Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej Pani komórce organizacyjnej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym.

IZBA PRZYJĘĆ

ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ:

1. Udzielanie pomocy pacjentom w stanie zagrożenia życia spowodowanego urazem, zatruciem lub inną przyczyną zachorowania wymagającą natychmiastowej pomocy medycznej.
2. Udzielanie pomocy pacjentom, u których wystąpiło nagle pogorszenie stanu zdrowia – pacjenci kwalifikowani są do postępowania leczniczego w izbie przyjęć lub przekazywani są do odpowiedniego oddziału szpitala.
3. Przyjmowanie pacjentów posiadających skierowanie do hospitalizacji w oddziałach szpitala w trybie planowym.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Nadzór merytoryczny nad pracą personelu Izb Przyjęć sprawują odpowiednio Ordynator Oddziału/Lekarz Kierujący Oddziałem/Pielęgniarka Oddziałowa. W przypadku Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej nadzór pełni Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologii i Położna Oddziałowa Oddziału Ginekologii.

LEKARZ DYŻURNY IZBY PRZYJĘĆ

Podlega w zakresie wykonywanych czynności Ordynatorowi Oddziału/Lekarzowi Kierującemu, a służbowo Dyrektorowi Szpitala.

W przypadku Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej bezpośrednim przełożonym jest lekarz kierujący zespołem dyżurujących lekarzy.

Obsługę lekarską Izby Przyjęć może zapewniać Lekarz Oddziału.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Rozpoczynanie dyżuru o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów oraz kończenie dyżuru po przekazaniu na porannym raporcie informacji z odbytego dyżuru lekarzom rozpoczynającym pracę.
2. Dokładne zbadanie każdego zgłaszającego się pacjenta.
3. Stawianie wstępnej diagnozy i podjęcie decyzji co do pozostawienia lub nie chorego na oddziale.
4. Kierowanie chorego na badania diagnostyczne niezbędne do ustalenia diagnozy.
5. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy zaopatrywanych chorych, nie podlegających hospitalizacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami (maks. 3 dni).
6. W przypadku stwierdzenia potrzeby niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie, po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnienie w razie potrzeby przewiezienia pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem.
7. Informowanie o dalszym sposobie postępowania chorych niezakwalifikowanych do leczenia szpitalnego, a wymagających leczenia ambulatoryjnego.
8. Udzielanie niezbędnej pomocy doraźnej.
9. Zapewnienie bezpieczeństwa chorego kierowanego na badania diagnostyczne oraz w czasie transportu na oddział.
10. Respektowanie praw i obowiązków pacjentów wynikających z ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
11. Egzekwowanie składania przez pacjentów świadomej, pisemnej zgody, w przypadku procedur diagnostycznych o podwyższonym ryzyku.
12. Prowadzenie na bieżąco dokładnej systematycznej dokumentacji chorych przyjętych w czasie dyżuru.
13. Kierowanie i nadzorowanie pracy dyżurujących pielęgniarek i personelu niższego.
14. Kierowanie na konsultacje lekarzy innych specjalności w przypadku uznania, że taka ocena jest niezbędna do ustalenia rozpoznania i dalszego postępowania leczniczego.
15. W przypadkach ciężkiego stanu pacjenta, wypadków zbiorowych korzystanie z pomocy całego zespołu dyżurującego.
16. Udzielanie konsultacji chorym kierowanym przez lekarzy innych specjalności dyżurujących w szpitalu.
17. Powiadamianie kierującego dyżurem o konieczności przyjęcia chorego do leczenia szpitalnego, korzystanie z jego pomocy merytorycznej.
18. Przebywanie w pomieszczeniach izby przyjęć przez cały czas trwania dyżuru.
19. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
20. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
21. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
22. Udzielanie informacji o chorych w uzasadnionych przypadkach odpowiednim służbom – policji, prokuraturze.

23. Powiadamianie organów ścigania w sytuacjach przewidzianych prawem (jeśli poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności pozostaje w związku z usiłowaniem zabójstwa, samobójstwa itp.)
24. Wykonywanie czynności nieobjętych niniejszym zakresem zleczanych przez przełożonego, Ordynatora Oddziału/Lekarza Kierującego, Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ;

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

BLOK OPERACYJNY

ZADANIA BLOKU OPERACYJNEGO:

1. Utrzymywanie w gotowości i przygotowywanie sal operacyjnych, aparatury i sprzętu medycznego do zabiegów operacyjnych;
2. Przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych;
3. Wykonywanie zabiegów operacyjnych.
4. Współpraca z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych;
5. Opieka nad pacjentami po zabiegach, wymagającymi czasowo monitorowania najważniejszych czynności życiowych na sali pooperacyjnej, znajdującej się na bloku operacyjnym.
6. Prowadzenie na bieżąco dokumentacji medycznej, w tym Księgi operacyjnej.
7. Przekazywanie chorego po zabiegu na oddział.

Nadzór merytoryczny nad pracą Bloku Operacyjnego przy ul. Lubartowskiej 81 sprawuje Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologii.

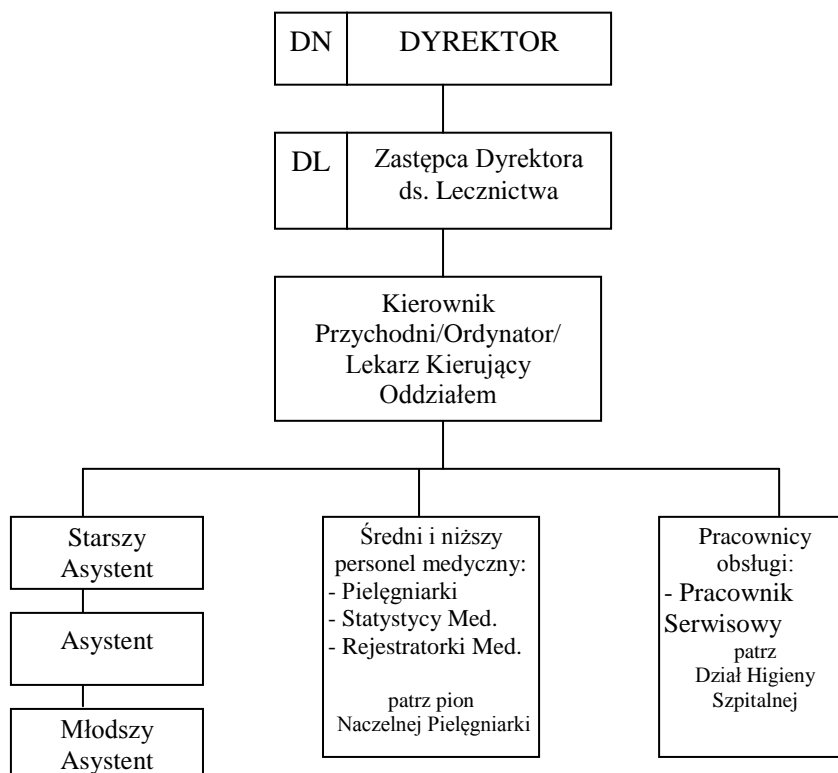
PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA

ZADANIA PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

1. Wykonywanie badań diagnostycznych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia postępowania leczniczego
2. Badania diagnostyczne wykonywane są na zlecenie lekarzy dla pacjentów leczonych stacjonarnie, ambulatoryjnie a także w ramach odrębnie zawartych umów.
3. Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziału wyznacza osobę odpowiedzialną za kierowanie pracą pracowni diagnostycznej działającej w ramach oddziału.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

PRZYCHODNIA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



PRZYCHODNIA

1. Jest jednostką organizacyjną Szpitala o charakterze profilaktyczno-leczniczym.
2. W skład Przychodni wchodzi poradnie i pracownie.
3. Wojewódzką Przychodnią Chorób Płuc i Gruźlicy kieruje Kierownik.
4. Wojewódzką Przychodnią Ginekologiczno-Położniczą kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologii.
5. Wojewódzką Przychodnią Chorób Zakaźnych dla Dzieci kieruje Ordynator Oddziału Chorób Zakaźnych Dziecięcych.

ZADANIA PRZYCHODNI:

1. Udzielanie ambulatoryjnie świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub umowie cywilnoprawnej.
2. Zapewnienie opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności.
3. Rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia.
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach.
5. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
6. Szkolenie i doszkalanie personelu medycznego.
7. Realizacja programów rządowych z zakresu leczenia i profilaktyki.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.
9. Realizacja zadań wynikających z procesu akredytacji i Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2008.

10. Przestrzeganie Praw Pacjenta wynikających z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T. j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).
11. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Szpitala oraz przepisami prawa.
12. Gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez przychodnię świadczeń zdrowotnych.
13. Realizowanie obowiązków nałożonych aktami wewnętrznymi obowiązującymi w Szpitalu.
14. Rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej.
15. Przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji.
16. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulamin Organizacyjny oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne.
17. Wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego oddziału, w tym prowadzenie wewnętrznych szkoleń.

Przychodnie zapewniają ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w zakresie odpowiedniej specjalności.

1. Do zadań Wojewódzkiej Przychodni Ginekologiczno-Położniczej należy udzielanie świadczeń w zakresie:
 - 1) ginekologii i położnictwa,
 - 2) patologii ciąży,
 - 3) endokrynologii,
 - 4) leczenia niepłodności,
 - 5) możliwość wykonania:
 - pobrania wymazu cytologicznego,
 - badania kolposkopowego,
 - badania USG, KTG,
 - założenia lub usunięcia wkładki antykoncepcyjnej,
 - kriokonizacji szyjki macicy,
 - zniszczenia lub wycięcia zmiany szyjki macicy,
 - biopsji kanału szyjki macicy,
 - nacięcia sromu/krocza,
 - nacięcia torbieli gruczołu Bartholina,
 - rozszerzenie kanału szyjki macicy i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy diagnostyczne lub lecznicze.
2. Do zadań Wojewódzkiej Przychodni Chorób Zakaźnych dla Dzieci w ramach Poradni Chorób Zakaźnych i Poradni Pediatrycznej Szczepień dla Dzieci Wysokiego Ryzyka należy udzielanie świadczeń w zakresie:
 - 1) chorób zakaźnych typu:
 - borelioza,
 - zapalenie wątroby o nieokreślonej etiologii oraz podłożu zakaźnym,
 - przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C,
 - toksoplazmoza wrodzona i nabyta,
 - cytomegalia wrodzona i nabyta,
 - jersinioza postać jelitowa i pozajelitowa,
 - hiperbilirubinemia, hepatosplenomegalia i zapalenie wątroby o nieokreślonej etiologii;
 - 2) stanów po ropnym, wirusowym zapaleniu opon celem oceny powikłań i stany wydolności CUN,
 - 3) styczności i narażenia na choroby zakaźne w tym WZW typu B, C, HIV,

- 4) profilaktyki poekspozycyjnej,
 - 5) chorób pasożytniczych typu:
 - lamblioza,
 - tasiemczyca,
 - owsica,
 - glistnica;
 - 6) ostrych i przewlekłych biegunek i innych zaburzeń przewodu pokarmowego o etiologii wirusowej,
 - 7) diagnostyki zakaźnej etiologii powiększonych węzłów chłonnych,
 - 8) szczepień dla dzieci wysokiego ryzyka: układanie indywidualnych kalendarzy szczepień dla dzieci, które z różnych powodów nie zostały zaszczepione w zalecanych terminach.
3. Do zadań Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc i Gruźlicy wchodzącej w strukturę Wojewódzkiego Ośrodka Diagnostyki i Terapii Gruźlicy i Chorób Płuc należy udzielanie świadczeń dla dorosłych i dla dzieci w zakresie:
- 1) diagnostyki i leczenia:
 - gruźlicy i mycobacterioz,
 - raka płuca,
 - chorób śródmiąższowych płuc (zwłaszcza sarkoidozy),
 - astmy,
 - POCHP,
 - zapaleń płuc,
 - zatorowości płuc;
 - 2) diagnostyki:
 - kaszlu,
 - duszności,
 - krwioplucia,
 - nieprawidłowego obrazu radiogramu płuc;
 - 3) wykonywania:
 - badań w kierunku gruźlicy,
 - badań radiologicznych klatki piersiowej w tym tomografii komputerowej,
 - badań spirometrycznych płuc (z próbą rozkurczową),
 - odczynu tuberkulinowego,
 - iniekcji dożylnych i domięśniowych;
 - 4) prowadzenia:
 - tlenoterapii domowej,
 - aerozoloterapii leczniczej.

KIEROWNIK PRZYCHODNI

Kierownika Przychodni wyznacza Dyrektor Szpitala.

Kierownik podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, a pod względem fachowym Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

CEL:

Zapewnienie sprawnego funkcjonowania przychodni pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Pełnienie nadzoru nad prawidłowym funkcjonowaniem przychodni.
2. Kierowanie pracą lekarzy zatrudnionych w poradniach w zakresie obejmującym prawidłową działalność profilaktyczno-leczniczą.

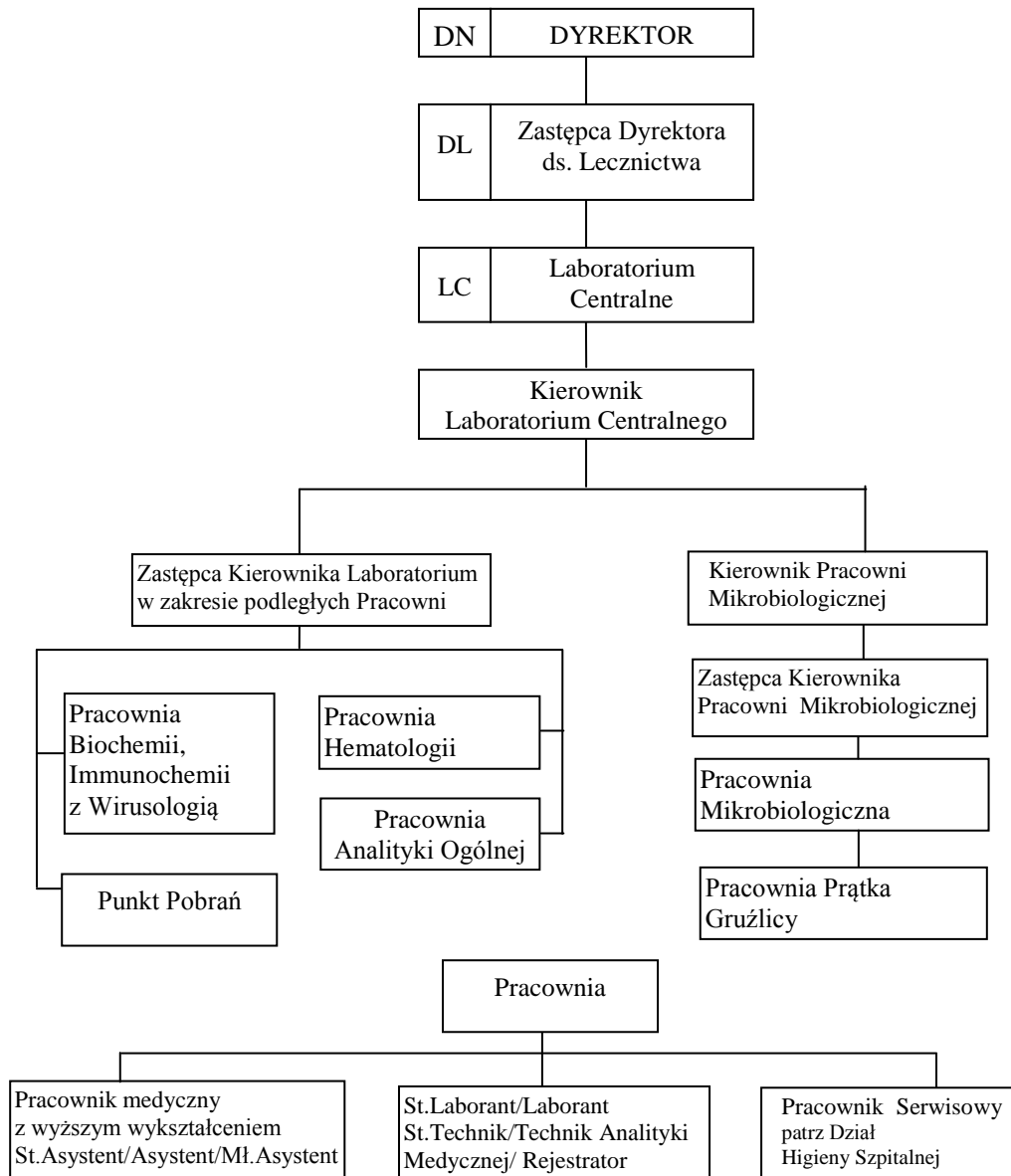
3. Koordynowanie pracy przychodni w przypadkach absencji personelu fachowego.
4. Nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem sprawozdań i zestawień statystycznych dla potrzeb Sekcji Statystyki Medycznej.
5. Nadzór nad przestrzeganiem przez personel dyscypliny pracy i współpraca z działem Służb Pracowniczych SPSzW.
6. Nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel zasad sanitarnych, BHP i p/poż.
7. Wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną.
8. Prowadzenie działalności fachowej w reprezentowanej przez siebie specjalności w ustalonym wymiarze czasu.
9. Bieżący nadzór nad orzecznictwem o czasowej niezdolności do pracy w podległych komórkach organizacyjnych.
10. Współpraca z przychodniami specjalistycznymi SPSzW.
11. Dbłość o wygląd estetyczny, czystość i porządek w przychodni, przy udziale podległego personelu oraz współpraca w tym zakresie z odpowiednim działem SPSzW.
12. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
13. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
14. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
15. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
16. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
17. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

LABORATORIUM CENTRALNE

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA LABORATORIUM CENTRALNEGO:

1. Wykonywanie badań, których celem jest uzyskanie informacji niezbędnych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych, monitorowania leczenia, sanitarno-epidemiologicznych oraz orzecznictwa.
2. Wykonywanie badań zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki laboratoryjnej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności i dbałości o jakość.
3. Wykonywanie badań z zakresu analityki ogólnej, hematologii, endokrynologii, biochemii klinicznej, mikrobiologii, wirusologii, parazytologii, immunologii, markerów nowotworowych, diagnostyki gruźlicy.
4. Wykonywanie badań na zlecenie właściwych komórek organizacyjnych Szpitala, dla innych podmiotów zgodnie z zawartymi umowami, jak również badań odpłatnych dla osób prywatnych.

5. Pobieranie materiału do badań w Punkcie Pobrań oraz przy łóżku chorego pobieranie krwi włósniczkowej do badań pilnych (RKZ, glukoza).
6. Prowadzenie staży i praktyk zawodowych, studenckich i specjalizacyjnych.
7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
8. Sporządzanie sprawozdań dla potrzeb Działu Finansowego w zakresie:
 - ilości i rodzajów wykonywanych badań dla poszczególnych komórek Szpitala,
 - ilości i rodzajów wykonywanych badań dla innych podmiotów zgodnie z zawartymi umowami.
9. Utrzymywanie aparatury w stanie gotowości do pracy.
10. Postępowanie z materiałem zakaźnym w sposób mający na celu zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym.

KIEROWNIK LABORATORIUM CENTRALNEGO

Wyznaczany jest przez Dyrektora Szpitala.

Kierownik podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, a pod względem fachowym Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

CEL:

Zapewnienie sprawnego funkcjonowania Laboratorium pod względem fachowym, administracyjnym i gospodarczym.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Ustalanie w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala rodzaju i metod wykonywanych w laboratorium badań.
2. Kontrolowanie dokładności wykonywanych badań oraz sprawdzanie ich wyników.
3. Stała współpraca z ordynatorami i kierownikami pracowni (działów) pomocniczych Szpitala w zakresie rozszerzania metod diagnostycznych.
4. Ustalanie sposobu dostarczania materiału do badania i odbioru wyników.
5. Podpisywanie wyników badań.
6. Zapewnienie wykonywania badań we właściwym terminie.
7. Analiza zasadności zleconych badań diagnostycznych.
8. Czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy w laboratorium, nadzorowanie pracy podległego personelu, dbanie o dyscyplinę pracy, przestrzeganie przepisów BHP i ppoż.
9. Ustalanie czasu pracy podległych pracowników w poszczególnych pracowniach laboratorium w celu wszechstronnego ich przeszkolenia.
10. Zachęcanie personelu do pracy naukowej i kierowanie nią, czuwanie nad pogłębianiem wiedzy i doszkalaniami pracowników.
11. Zapozdawanie się z pracami naukowymi prowadzonymi w laboratorium i opiniowanie ich przed opublikowaniem.
12. Branie udziału wraz z podległymi pracownikami fachowymi w posiedzeniach naukowych Szpitala, zgłaszanie z laboratorium do referowania i dyskusji prac naukowych, referatów poglądowych, przy czym prac i pokazów naukowych opartych na materiałach z oddziałów Szpitala po uzgodnieniu z właściwymi ordynatorami.
13. Branie udziału w zjazdach naukowych związanych ze swoją specjalnością.
14. Dbanie o czystość i utrzymanie w należytym stanie sprzętu laboratorium oraz nadzorowanie prowadzenia księgi inwentarzowej.
15. Sprawdzanie stanu inwentarza według księgi inwentarzowej.
16. Nadzór nad zaopatrzeniem pracowni w niezbędne materiały diagnostyczne, wystawianie zapotrzebowania stosownie do potrzeb.
17. Nadzorowanie prowadzenia „Księgi pracowni” i innych ksiąg prowadzonych w laboratorium.

18. Dbanie o terminowe i dokładne opracowanie statystyki laboratorium wg obowiązujących przepisów.
19. Nadzorowanie prowadzenia archiwum laboratorium oraz podręcznej biblioteczki i troszczenie się o zaopatrzenie jej w aktualne wydawnictwa.
20. Wydawanie preparatów na zewnątrz Szpitala jedynie za zgodą Dyrektora Szpitala.
21. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
22. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
23. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
24. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
25. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
26. Wykonywanie innych czynności związanych z zakresem obowiązków zleconych przez Dyrektora Szpitala.

UPRAWNIENIA:

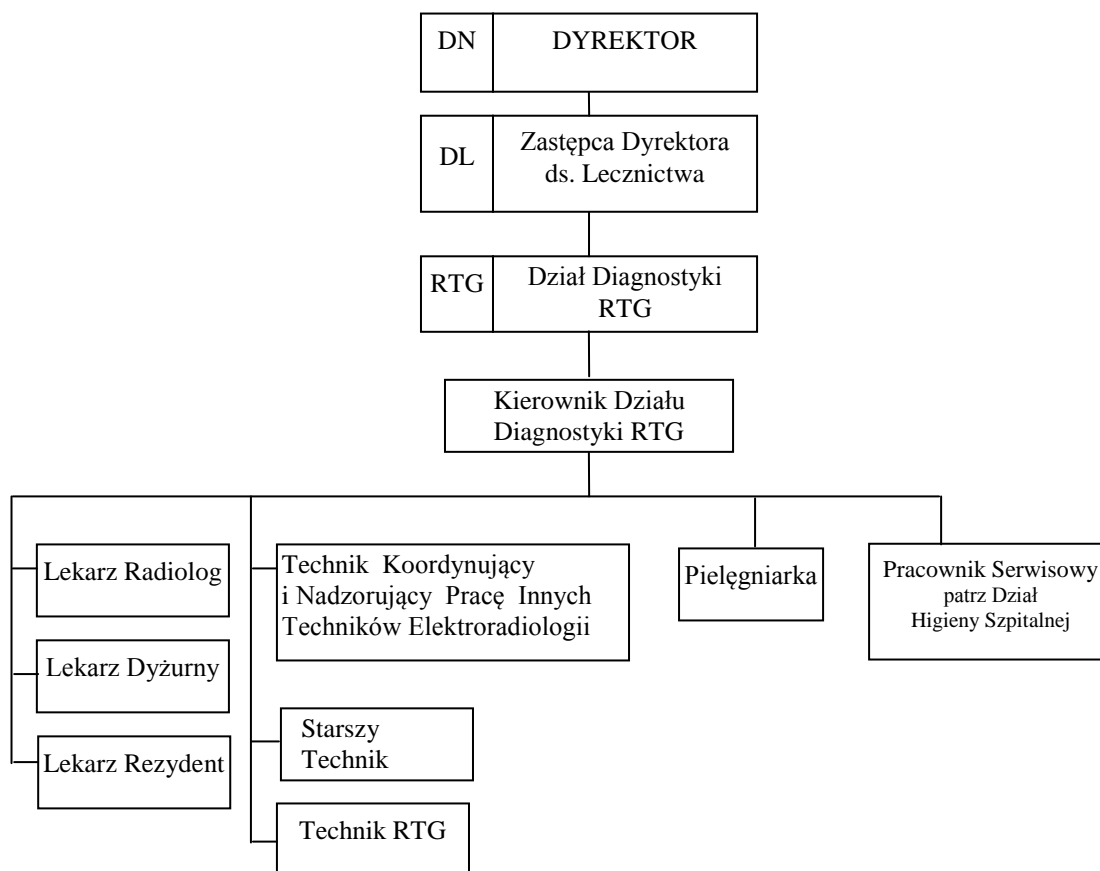
1. Wnioskowanie w sprawie zatrudnienia, zwalniania, awansowania i karania pracowników w Laboratorium.
2. Ocena pracowników na stanowiskach pracy w Laboratorium.
3. Wnioskowanie w sprawie przyznawania nagród podległym pracownikom.
4. Wnioskowanie w sprawie zakupu aparatury i sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonywania zadań Laboratorium.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

DZIAŁ DIAGNOSTYKI RTG

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA DZIAŁU DIAGNOSTYKI RTG:

1. Wykonywanie badań diagnostycznych na zlecenia komórek organizacyjnych Szpitala, jak również na rzecz innych podmiotów zgodnie z zawartymi umowami.
2. Wykonywanie badań zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki rentgenowskiej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności i dbałości o jakość.
3. Prowadzenie bieżącej dokumentacji medycznej.
4. Sporządzanie sprawozdań dla potrzeb Działu Finansowego w zakresie:
 - ilości i rodzajów wykonywanych badań dla poszczególnych komórek Szpitala,
 - ilości i rodzajów wykonywanych badań dla innych podmiotów zgodnie z zawartymi umowami.
5. Sporządzanie innych sprawozdań zgodnie z obowiązującymi przepisami.

KIEROWNIK DZIAŁU DIAGNOSTYKI RTG

Kierownik Działu Diagnostyki RTG podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, a pod względem merytorycznym Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

CEL:

Zapewnienie sprawnego funkcjonowania Działu RTG.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Zarządzanie i koordynacja pracy działu oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w w/w dziale zgodnie z kompetencjami Asystenta Działu RTG
2. Współpraca ze wszystkimi ordynatorami i kierownikami pracowni w zakresie terminowej realizacji zlecanych badań.
3. Czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy działu, nadzorowanie pracy podległego personelu, dbanie o dyscyplinę pracy, przestrzeganie przepisów BHP i p.poż.
4. Ustalanie czasu pracy podległych pracowników w poszczególnych pracowniach w tym zapewnienie właściwego funkcjonowania poszczególnych komórek w przypadku absencji pracowników.
5. Utrzymywanie w należytym stanie inwentarza pracowni, nadzorowanie prowadzenia księgi inwentarzowej.
6. Czuwanie nad właściwym używaniem aparatów i sprzętu radiologicznego, należytym przygotowaniem ich do pracy, właściwym obciążeniem energią elektryczną, konserwacją, wymianą części zużytych oraz kontrola całej aparatury i sprzętu ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pracy.
7. Nadzór nad zaopatrzeniem działu w niezbędne do sprawnego funkcjonowania materiały i sprzęt oraz sporządzanie zapotrzebowania z uwzględnieniem istotnych potrzeb.
8. Nadzorowanie prowadzenia dokumentacji radiologicznej.
9. Nadzorowanie zadań związanych z realizacją umowy z NFZ w zakresie poprawności rozliczeń świadczeń zdrowotnych oraz ich dokumentowania.
10. Dbanie o terminowe i dokładne opracowanie statystyki działu w zakresie:
 - 1) rozliczania umów z podmiotami zewnętrznymi zgodnie z zawartymi umowami,
 - 2) sprawozdawanie na potrzeby działu finansowo-księgowego rodzaju i ilości badań wykonanych dla poszczególnych komórek organizacyjnych.
11. Przestrzeganie przepisów BHP, sanitarnych, p/poż. oraz Regulaminów Szpitala.
12. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
13. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
14. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
15. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
16. Wykonywanie innych czynności związanych z zakresem obowiązków zleconych przez Dyrektora Szpitala.

UPRAWNIENIA:

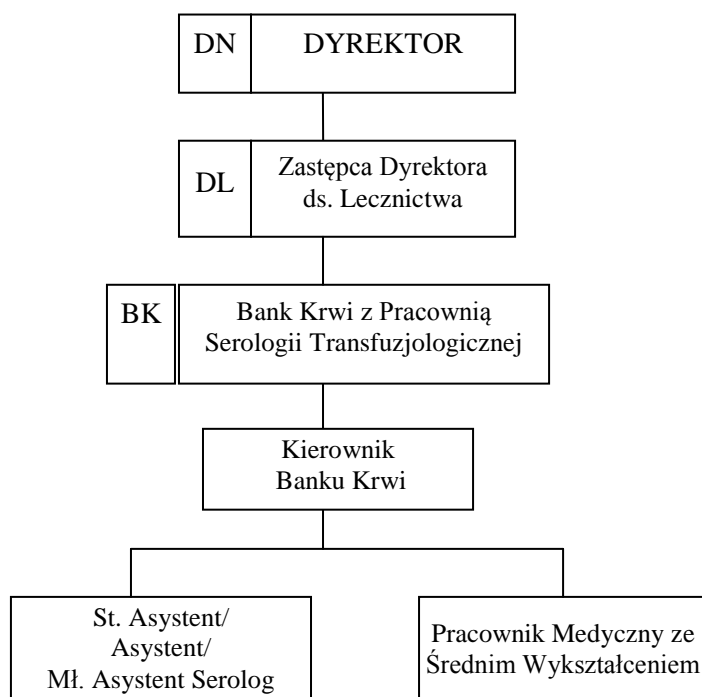
1. Wnioskowanie w sprawie zatrudnienia, zwalniania, awansowania i karania pracowników w dziale.
2. Ocena pracowników na stanowiskach pracy w dziale.
3. Wnioskowanie w sprawie przyznawania nagród podległym pracownikom.
4. Wnioskowanie w sprawie zakupu aparatury i sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonywania zadań w dziale.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonanie zadań Działu.

BANK KRWI Z PRACOWNIĄ SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA BANKU KRWI:

1. Zabezpieczanie oddziałów szpitalnych w krew i jej pochodne.
2. Nadzór nad przetaczaniem krwi, preparatów krwio- i osoczopochodnych w oddziałach szpitalnych – monitorowanie odczynów poprzetoczeniowych.
3. Prowadzenie dokumentacji przychodu i rozchodu krwi i jej pochodnych.
4. Opracowywanie serologiczne krwi.
5. Opieka serologiczna nad kobietą ciężarną.
6. Diagnostyka i profilaktyka konfliktu serologicznego pomiędzy matką i płodem.
7. Wykonywanie parametrów układu krzepnięcia krwi.
8. Współpraca:
 - 1) ze wszystkimi oddziałami w zakresie gospodarki krwią,
 - 2) z komórkami działalności podstawowej w zakresie wykonywanych badań,
 - 3) z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
9. Wykonywanie zadań Banku Krwi z Pracownią Serologii Transfuzjologicznej zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki laboratoryjnej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności i dbałości o jakość.
10. Postępowanie z krwią i jej preparatami w sposób mający na celu zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym.
11. Prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników.

KIEROWNIK BANKU KRWI

Kierownik Banku Krwi podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.

Nadzór fachowy nad jego pracą sprawuje Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

CEL: Zabezpieczenie potrzeb oddziałów szpitalnych w zakresie krwi i preparatów krwioosoczo pochodnych. Nadzór nad prowadzeniem procedury leczenia krwią.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Racjonalna gospodarka krwią w Szpitalu – planowanie zaopatrzenia Szpitala w krew i preparaty krwiopochodne oraz dokonywanie rocznej oceny ich zużycia.
2. Sprawowanie nadzoru nad przetaczaniem krwi, preparatów krwio- i osoczo pochodnych w oddziałach szpitalnych – prowadzenie dokumentacji tych przetoczeń.
3. Przestrzeganie wskazań i przeciwwskazań co do leczenia krwią – dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia krwi pod względem zasadności, rodzaju preparatu i jego dawki.
4. Systematyczne propagowanie idei krwiodawstwa.
5. Kontrolowanie prawidłowości prowadzonej dokumentacji leczenia krwią w oddziałach szpitalnych oraz stosowanej metody przetoczeń.
6. Nadzorowanie monitorowania odczynów poprzetoczeniowych – analiza każdego przypadku powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną wdrożonego postępowania.
7. Przekazywanie do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie okresowych:
 - 1) informacji na temat planowanego zaopatrzenia szpitala w krew i preparaty krwiopochodne,
 - 2) sprawozdań dotyczących ilości przetoczonych preparatów krwiopochodnych,
 - 3) analiz oceny wskazań do przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych,
 - 4) analiz każdego przypadku powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną wdrożonego postępowania.
8. Pogłębianie wiadomości z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, udział w zjazdach, szkoleniach i konferencjach.
9. Czuwanie nad pogłębianiem wiadomości z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa przez podległy personel.
10. Czuwanie nad właściwym użytkowaniem sprzętu i aparatury.
11. Dbanie o zaopatrzenie Banku w niezbędny do sprawnego funkcjonowania sprzęt i materiały sporządzanie zapotrzebowania z uwzględnieniem istotnych potrzeb.
12. Czuwanie nad właściwym prowadzeniem dokumentacji pracy Banku Krwi.
13. Dbanie o stałe utrzymanie pomieszczeń Banku w należytym stanie sanitarno-higienicznym.
14. Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
15. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
16. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
17. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
18. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
19. Wykonywanie innych czynności nieobjętych niniejszym zakresem zleconych przez Dyrektora Szpitala w porozumieniu z Dyrektorem RCKiK.

UPRAWNIENIA:

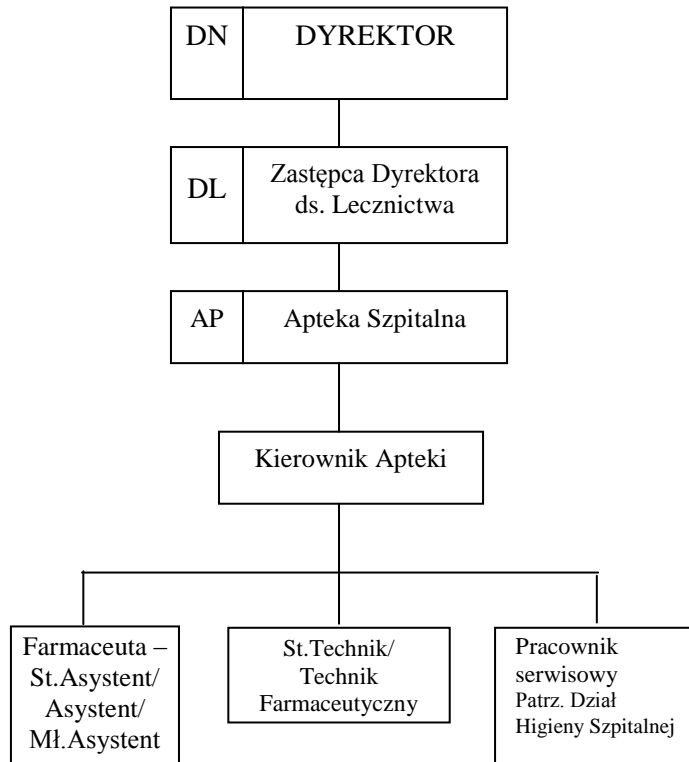
1. Wnioskowanie w sprawie zatrudnienia, awansowania i karaniania pracowników w Banku Krwi.
2. Ocena pracowników na stanowiskach pracy w Dziale.
3. Wnioskowanie w sprawie przyznawania nagród podległym pracownikom.
4. Wnioskowanie w sprawie zakupu aparatury i sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonywania zadań Działu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłową pracę Banku Krwi a także za realizację zabezpieczenia oddziałów szpitalnych w krew i materiały krwiopochodne.

APTEKA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA APTEKI:

1. Organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne.
2. Sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych.
3. Udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.
4. Udział w monitorowaniu działań niepożądanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
5. Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala.
6. Udział w racjonalizacji farmakoterapii.
7. Współudział w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu.
8. Ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez Aptekę na oddziały oraz dla pacjenta.
9. Prowadzenie ewidencji próbek do badań klinicznych uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz bezpłatnych próbek produktów leczniczych:
 - 1) prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych,
 - 2) prowadzenie ewidencji produktów leczniczych otrzymanych w formie darowizny,
 - 3) prowadzenie ewidencji leków sprowadzanych w ramach tzw. importu docelowego,
 - 4) prowadzenie ewidencji środków odurzających i substancji psychotropowych.
10. Przekazywanie do utylizacji przeterminowanych i zniszczonych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
11. Przygotowywanie zapotrzebowania na produkty lecznicze i wyroby medyczne (materiały opatrunkowe i szewne oraz dezynfekcję) dla Zespołu Zamówień Publicznych SPSzW zgodnie z Receptariuszem Szpitalnym i w oparciu o analizę zużycia w latach poprzednich oraz uwzględniając aktualne zapotrzebowanie oddziałów i podległych przychodni.

12. Udział w pracach Komitetu Terapeutycznego, Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych, Komitetu Żywieniowego.
13. Nadzór nad praktykami studentów farmacji oraz technikami farmacji.
14. Prowadzenie dokumentacji zakupionych i wydanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, środków biobójczych.

ORGANIZACJA APTEKI:

1. Ekspedycja:
 - 1) przyjęcie towaru do apteki zgodnie z zamówieniem, sprawdzanie zgodności dostarczonego asortymentu z fakturą, ocena jakości dostarczonych produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków biobójczych,
 - 2) przechowywanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków biobójczych, zgodnie z wymaganiami ustalonymi przez producenta oraz zgodnie z przeznaczeniem i siłą działania,
 - 3) wydawanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych zgodnie z receptą na potrzeby oddziałów,
 - 4) wprowadzanie do systemu komputerowego faktur oraz sporządzanie dokumentów rozchodu wewnętrznego do zrealizowanych zapotrzebowań.
2. Receptura:
 - 1) sporządzanie leków recepturowych i aptecznych zgodnie z wiedzą farmaceuty,
 - 2) przekazywanie do analizy wody destylowanej do receptury.
3. Administracja:
 - 1) prowadzenie dokumentacji zakupywanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 2) prowadzenie dokumentacji wydanych na oddziały, przychodnie, produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 3) realizacja recept,
 - 4) nadzór nad realizacją umów przetargowych w zakresie ilości.

KIEROWNIK APTEKI

Kierownika Apteki wyznacza Dyrektor Szpitala.

Kierownik podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, a pod względem fachowym Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

CEL:

Zapewnienie prawidłowego zaopatrzenia komórek Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

1. Organizacja pracy w Aptece w zakresie przyjmowania, wydawania, przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
2. Nadzorowanie aby sporządzanie leków w Aptece oraz ich wydawanie było zgodne z obowiązującymi przepisami oraz postępowaniem wiedzy medycznej.
3. Planowanie zapotrzebowania na produkty lecznicze i wyroby medyczne zgodnie z Receptariuszem Szpitalnym w oparciu o analizę zużycia w latach poprzednich przy uwzględnieniu aktualnego zapotrzebowania oddziałów i przychodni.
4. Współpraca z Ordynatorami/Lekarzami Kierującymi Oddziałem i Kierownikami komórek działalności podstawowej w zakresie racjonalnej gospodarki lekami.
5. Zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych (materiały opatrunkowe i szewne) od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, wyłonionych w procedurze udzielenia zamówienia publicznego.

6. Nadzór nad praktykami studenckimi oraz praktykami techników farmaceutycznych.
7. Nadzór nad monitorowaniem działań niepożądanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych – przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom.
8. Kontrolowanie należytego prowadzenia ewidencji przychodu i rozchodu leków i artykułów znajdujących się w Aptece, prowadzenia Książki Środków Odurzających i Spirytusowej a także prowadzenia wszystkich zapisów dotyczących ewidencjonowania, sprawozdawczości i statystyki aptecznej.
9. Przeprowadzanie okresowych kontroli apteczek w oddziałach i przychodniach w zakresie prawidłowego przechowywania leków, stanu zapasów oraz terminów ważności leków.
10. Wstrzymywanie lub wycofywanie z obrotu i stosowania produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu.
11. Podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych poprzez udział w szkoleniach, zjazdach naukowych, znajomość przepisów w zakresie prawa farmaceutycznego.
12. Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
13. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
14. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
15. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
16. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
17. Wykonywanie innych czynności nie objętych niniejszym zakresem zleconych przez Dyrektora Szpitala.

UPRAWNIENIA:

1. Wnioskowanie w sprawie zatrudnienia, zwalniania, awansowania i karania pracowników w Aptece.
2. Ocena pracowników na stanowiskach pracy w Aptece.
3. Wnioskowanie w sprawie przyznawania nagród podległym pracownikom.
4. Wnioskowanie w sprawie zakupu aparatury i sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonywania zadań Apteki.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe funkcjonowanie podległej Apteki.

ZESPÓŁ DS. ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I DOJELITOWEGO

ZADANIA ZESPOŁU DS. ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I DOJELITOWEGO:

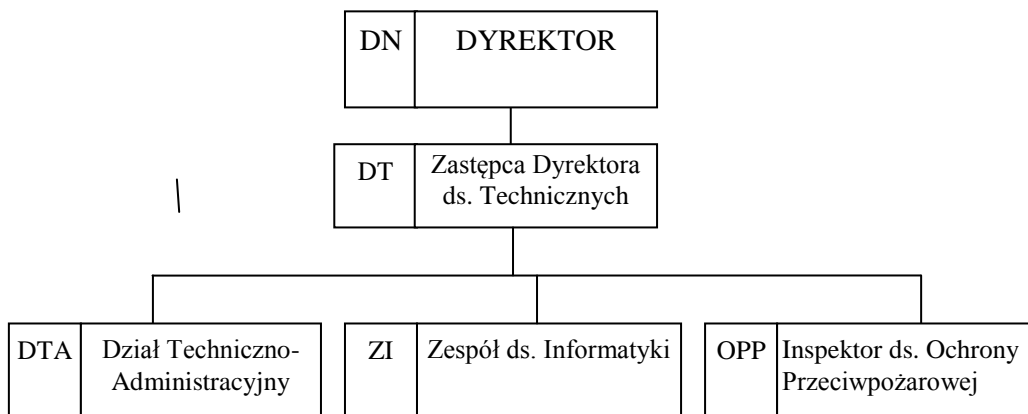
1. Realizacja zadań związanych z aktywnym uczestnictwem w leczeniu żywieniowym.
2. Zapewnienie standaryzacji praktyk leczenia żywieniowego.
3. Szerzenie wiedzy o nowoczesnym leczeniu żywieniowym.
4. Organizacja kształcenia personelu medycznego w zakresie stosowania procedur u chorych wymagających leczenia żywieniowego.
5. Współpraca z Apteką, Laboratorium, Działem Żywienia, Działem Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia w zakresie całokształtu działań związanych z leczeniem żywieniowym.

Nadzór merytoryczny nad pracą Zespołu ds. żywienia pozajelitowego i dojelitowego sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

3. PION ZASTĘPCY DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZASTĘPCA DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH

Zastępcę Dyrektora ds. Technicznych powołuje i odwołuje Dyrektor Szpitala i jemu Zastępca podlega bezpośrednio.

CEL:

Należyte utrzymanie we właściwym stanie technicznym i gotowości eksploatacyjnej budynków oraz wszystkich maszyn, urządzeń, narzędzi, sprzętu medycznego i instalacji technicznych Szpitala. Zapewnienie racjonalnego wykorzystania środków finansowych na remonty i inwestycje.

ZADANIA:

1. Planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy w podległych komórkach organizacyjnych.
2. Sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją urządzeń energetycznych, chłodniczych i technicznych.
3. Ustalanie programów i planów zabiegów konserwacyjno-naprawczych urządzeń energetycznych, sanitarnych, c.o. oraz zapewnienie serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień.
4. Organizowanie i kontrolowanie przeprowadzanych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania środków rzeczowych i finansowych.
5. Przestrzeganie terminowości przeprowadzania remontów bieżących – budynków i urządzeń.
6. Zatwierdzanie rozliczeń materiałowych pod względem prawidłowości, rzetelności i zasadności ich zużycia.
7. Nadzór nad realizacją programu dostosowawczego Szpitala do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia SPSzW stosownie do obowiązujących przepisów.
8. Uaktualnianie programu dostosowawczego, o którym mowa w pkt 6.
9. Nadzór nad zaopatrzeniem podległych komórek organizacyjnych w materiały, narzędzia i sprzęt niezbędny do realizacji zadań pionu technicznego.
10. Organizowanie i nadzór nad przeglądami obiektów Szpitala stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów prawnych.
11. Zapewnienie warunków prawidłowego funkcjonowania komórek organizacyjnych Szpitala pod względem administracyjnym i gospodarczym, w szczególności związanych z:

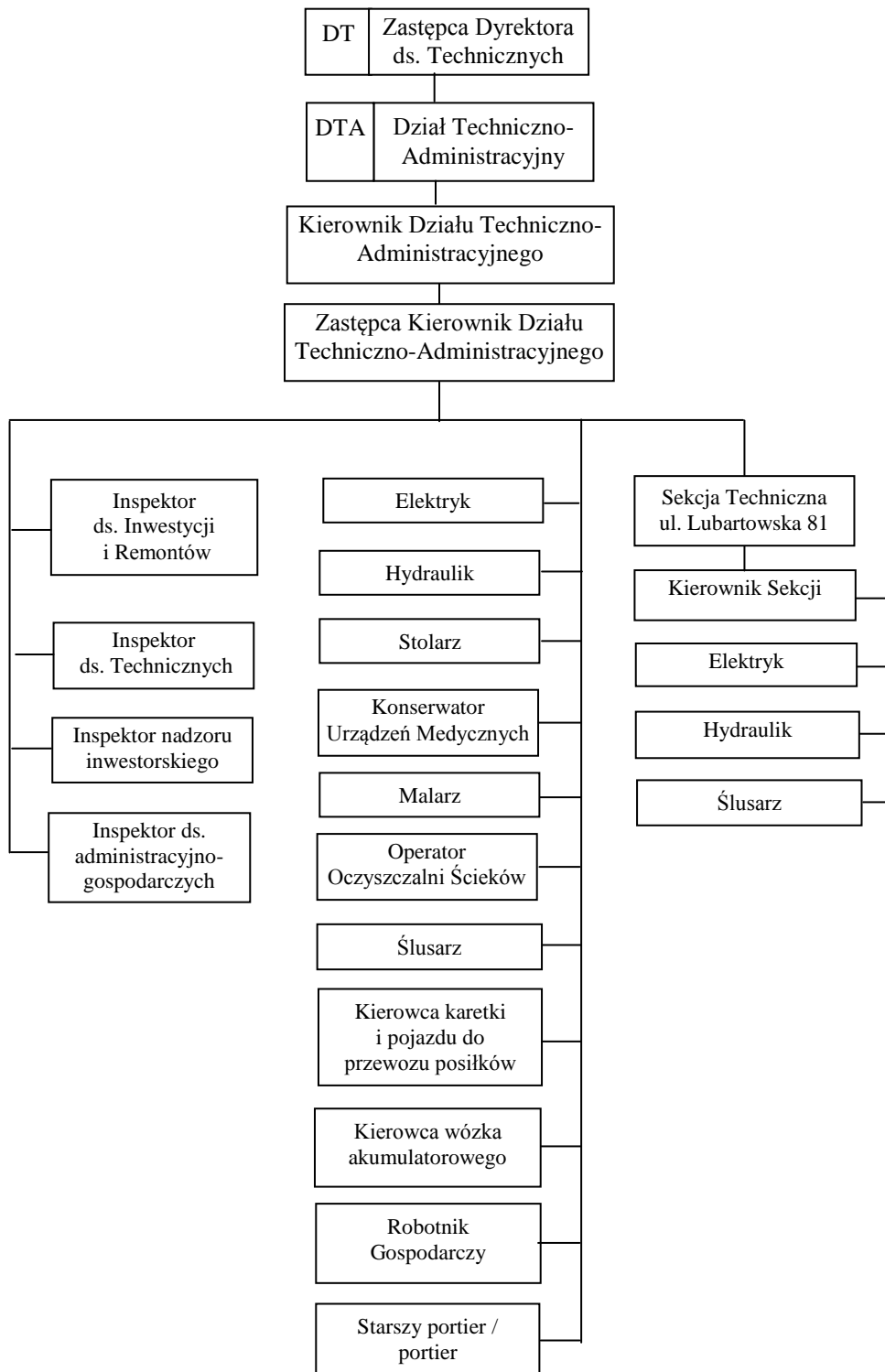
- a. prowadzeniem Kancelarii Ogólnej,
 - b. administrowaniem obiektami Szpitala,
 - c. utrzymaniem w należytym porządku terenów Szpitala,
 - d. transportem wewnętrznym i zewnętrznym,
 - e. zabezpieczeniem mienia,
 - f. gospodarką odpadami medycznymi i komunalnymi.
12. Koordynacja działań związanych z informatyką i komputeryzacją komórek organizacyjnych Szpitala.
 13. Nadzór nad zapewnieniem warunków skutecznej ochrony przeciwpożarowej w zakresie bezpieczeństwa osób i ochrony mienia.
 14. Przestrzeganie i stosowanie przepisów Prawo Zamówień Publicznych w zakresie realizacji zadań.
 15. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
 16. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
 17. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
 18. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona wobec Dyrektora za prawidłowe wykonanie zadań podległych mu komórek organizacyjnych, w szczególności za jakość i terminowość pracy pionu technicznego.

DZIAŁ TECHNICZNO-ADMINISTRACYJNY

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:

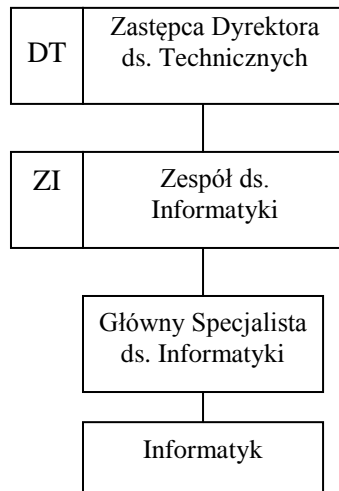


ZADANIA DZIAŁU TECHNICZNO – ADMINISTRACYJNEGO

1. Organizowanie i prowadzenie działalności eksploatacyjnej wszystkich urządzeń i instalacji w jednostkach organizacyjnych Szpitala takich jak: urządzenia i instalacje wodociągowo-kanalizacyjne, c.o., elektryczno-energetyczne, gazy medyczne, oczyszczalnia ścieków, wymiennikownie ciepła i aparatura medyczna.
2. Wykonywanie bieżących napraw, konserwacja maszyn, urządzeń, narzędzie, instalacji i sprzętu medycznego.
3. Zapobieganie i usuwanie awarii.
4. Prowadzenie racjonalnej gospodarki maszynami, narzędziami i sprzętem technicznym.
5. Wykonywanie remontów budynków i pomieszczeń systemem gospodarczym i zleconym.
6. Opracowywanie bądź zlecenie do wykonania dokumentacji niezbędnej doprowadzenia remontów.
7. Przeprowadzanie okresowych przeglądów instalacji, urządzeń technicznych, sprzętu i aparatury oraz zapewnienie niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjnych.
8. Zapewnienie całodobowej obsługi technicznej.
9. Współpraca z jednostkami dostarczającymi energię elektryczną, gaz, c.o., c.w. gazy medyczne i techniczne.
10. Realizacja programu dostosowawczego szpitala do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
11. Obsługa administracyjna jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala:
 - 1) prowadzeniem Kancelarii Ogólnej,
 - 2) administrowaniem obiektami Szpitala,
 - 3) prowadzenie postępowań przetargowych dotyczących nieruchomości Szpitala.
12. Obsługa oddziałów, jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie usług niezbędnych do bieżącego funkcjonowania Szpitala i terenów Szpitala:
 - 1) utrzymanie porządku i czystości w obiektach Szpitala, konserwacja terenów zielonych,
 - 2) prowadzenie spraw związanych z transportem wewnętrznym i zewnętrznym,
 - 3) zabezpieczenie mienia i obiektów Szpitala przed kradzieżą i innymi szkodami,
 - 4) współpraca z organami ścigania w przypadku popełnienia kradzieży lub innych przestępstw,
 - 5) gospodarka odpadami medycznymi i komunalnymi.

ZESPÓŁ DS. INFORMATYKI

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:

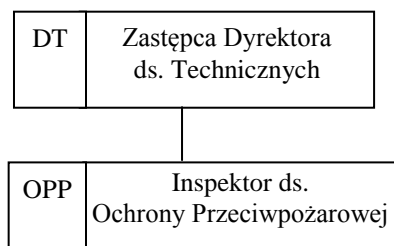


ZADANIA ZESPOŁU DS. INFORMATYKI:

1. Nadzór nad sprawnym funkcjonowaniem sieci informatycznych i sprzętu komputerowego:
 - 1) naprawa, konserwacja oraz przegląd sprzętu komputerowego wraz z urządzeniami peryferyjnymi typu drukarki, skanery, czytniki kodów kreskowych itp.,
 - 2) nadzór nad sprawnym działaniem sieci komputerowej - konfiguracja serwerów, konserwacja urządzeń aktywnych, konwerterów światłowodowych oraz okablowania strukturalnego,
 - 3) zabezpieczenie oraz zapewnienie ciągłego działania sieci Internetowej oraz Intranetowej szpitala.
2. Administrowanie systemami komputerowymi:
 - 1) instalacja, konfiguracja systemów operacyjnych na komputerach klienckich wraz z aplikacją szpitalną,
 - 2) zapewnienie ciągłości pracy stacji roboczych,
 - 3) administracja aplikacją szpitalną HIS, RIS, LIS.
 - 4) administracja stroną Internetową oraz Intranetowa szpitala,
 - 5) administracja oraz konfigurowanie aliasów pocztowych.
3. Wdrażanie nowych programów informatycznych:
 - 1) instalacja oraz aktualizacja nowego oprogramowania na stacjach klienckich,
 - 2) pośrednictwo we współpracy użytkownika z producentem oprogramowania,
 - 3) współudział w przygotowaniu przetargów dotyczących informatyzacji.
4. Obsługa informatyczna jednostek i komórek organizacyjnych SPSzW:
 - 1) szkolenia pracowników (z zakresu działania i obsługi systemów szpitalnych z wyłączeniem podstawowej obsługi systemu operacyjnego oraz pakietów biurowych),
 - 2) zabezpieczenie oraz monitoring stacji roboczych.

INSPEKTOR DS. OCHRONY PRZECIWOŻAROWEJ

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



ZADANIA INSPEKTORA DS. OCHRONY P/POŻAROWEJ

1. Czuwanie nad przestrzeganiem przepisów ppoż. w SPSzW.
2. Zapewnienie warunków skutecznej ochrony przeciwpożarowej w zakresie bezpieczeństwa osób i ochrony mienia.
3. Usuwanie wszelkich źródeł zagrożenia pożarowego we wszystkich obiektach i terenach podległych SPSzW.
4. Planowanie potrzeb w zakresie wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia ppoż.
5. Nadzór nad przeglądami i konserwacją podręcznego sprzętu gaśniczego i urządzeń przeciwpożarowych oraz utrzymywanie ww. sprzętu w stanie pełnej sprawności technicznej.
6. Przeprowadzanie szkoleń wstępnych pracowników nowoprzyjętych w zakresie ochrony ppoż.
7. Opracowywanie stosownych instrukcji i procedur związanych z ochroną ppoż. (IBP).
8. Przeprowadzanie kontroli przestrzegania przepisów ppoż. w poszczególnych obiektach jednostek i komórek organizacyjnych SPSzW.

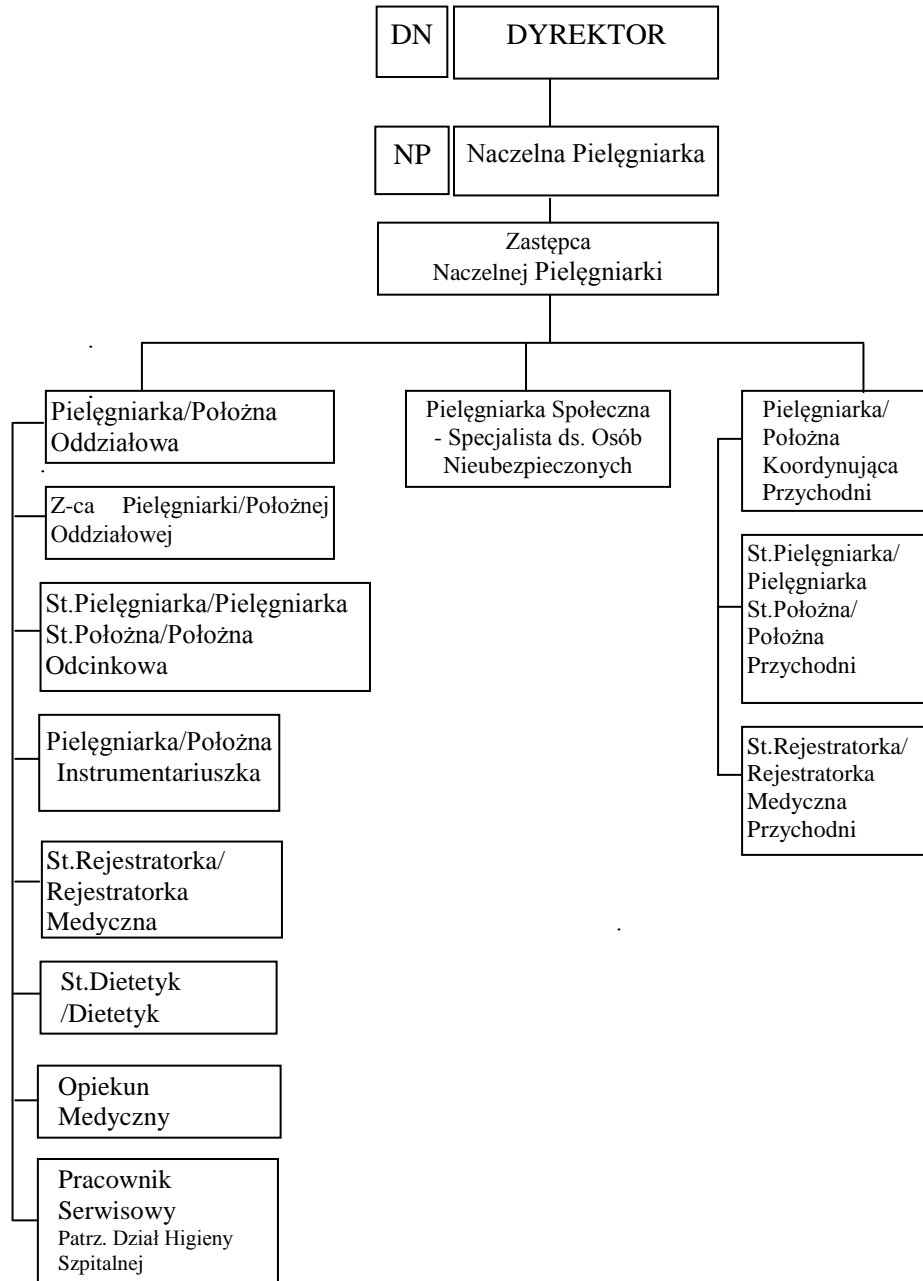
WSPÓŁPRACA:

1. Ze wszystkimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Z Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Lublinie.
3. Z innymi instytucjami w zakresie Ochrony P/pożarowej.

4. PION NACZELNEJ PIEŁĘGNIARKI

NACZELNA PIEŁĘGNIARKA

STRUKTURA ORGANIZACYJNA:



NACZELNA PIEŁĘGNIARKA

Podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

CEL:

Zarządzanie, organizowanie, kontrolowanie i realizacja kompleksowych świadczeń pielęgniarskich/ położniczych w Szpitalu na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

KIEROWANIE PRACĄ PODLEGŁEGO PERSONELU:

1. Przekazywanie instruktaży i wytycznych do pracy w oparciu o zarządzenia nadrzędnych jednostek organizacyjnych.
2. Organizowanie kontroli pracy, wydawanie zaleceń i egzekwowanie ich wykonania.
3. Organizowanie okresowych narad roboczych.
4. Koordynowanie pracy pielęgniarek/położnych między poszczególnymi oddziałami.
5. Wnioskowanie do Dyrektora Szpitala w sprawach związanych z obsadzaniem kierowniczych stanowisk pielęgniarek i położnych – konkursy.
6. Opiniowanie i wnioskowanie w sprawach dotyczących awansów, nagród, odznaczeń, wyróżnień i kar.
7. Wnioskowanie do Dyrektora Szpitala w sprawach zatrudnienia lub zwalniania podległego personelu.
8. Nadzór nad terminowością, sprawozdawczością i jakością realizowanych zadań.
9. Czuwanie nad prawidłowym zatrudnieniem podległego jej personelu zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami oraz racjonalnego jego rozmieszczenia i wykorzystania.
10. Dokonywanie okresowej analizy zatrudnienia i planowanie potrzeb w tym zakresie.

ZAGWARANTOWANIE KOMPLEKSOWEJ, PROFESJONALNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ/ POŁOŻNICZEJ:

1. Opracowanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarsko/położniczego oraz określenie liczby i rodzaju stanowisk pracy.
2. Opracowanie planu zatrudnienia personelu pielęgniarsko-położniczego z uwzględnieniem podziału etatów na poszczególne komórki organizacyjne.
3. Opracowanie i wdrożenie programów zapewniających oczekiwaną jakość realizowanych świadczeń pielęgniarsko-położniczych.
4. Ocenianie jakości świadczonej opieki pielęgniarsko-położniczej.
5. Współuczestniczenie w nadzorze stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala.
6. Planowanie wyposażenia oddziałów i stanowisk pracy pielęgniarki / położnej w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do prawidłowej realizacji zadań.
7. Tworzenie prawidłowych warunków do współdziałania pielęgniarek / położnych z innymi grupami zawodowymi.
8. Badanie i analizowanie poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich / położniczych.
9. Nadzorowanie przestrzegania praw pacjenta.
10. Nadzór nad realizacją zadań na podległych stanowiskach oraz przestrzeganiem Regulaminów obowiązujących w SPSzW, przepisów BHP, ppoż., i sanitarno-epidemiologicznych.

W ZAKRESIE ROZWOJU ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK / POŁOŻNYCH:

1. Organizacja szkoleń wewnątrzszpitalnych.
2. Nadzór nad realizacją szkoleń wewnątrzoddziałowych wg planów.
3. Nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej przyjętych pracowników.
4. Kierowanie pracowników na szkolenie poza Szpitalem, specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, konferencje itp. – za zgodą Dyrektora Szpitala.
5. Współpraca z placówkami szkolenia zawodowego.

WSPÓŁUCZESTNICZENIE W PRACACH DYREKCJI NA RZECZ SKUTECZNEGO DZIAŁANIA SZPITALA:

1. Współuczestniczenie w przygotowaniu planów funkcjonowania i rozwoju Szpitala.
2. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do zapewnienia warunków realizacji świadczeń pielęgniarskich.
3. Współuczestniczenie w ustalaniu zasad wynagradzania podległych pracowników.
4. Uczestniczenie w naradach Dyrekcji Szpitala.
5. Branie udziału w przetargach organizowanych w Szpitalu.

6. Dbanie o sprawy socjalno-bytowe podległego personelu.
7. Podejmowanie działań zmierzających do racjonalnego i efektywnego wykorzystania przydzielonych środków, sprzętu, leków, materiałów opatrunkowych, środków czystości i dezynfekcyjnych.
8. Sprawowanie nadzoru nad dyscypliną pracy i wykorzystaniem urlopów podległego personelu.
9. Współpraca z Samorządem Zawodowym.

POZOSTAŁE OBOWIĄZKI:

1. Zachowanie tajemnicy zawodowej i służbowej oraz nadzorowanie podległego personelu w zakresie przestrzegania obowiązku zachowania tajemnicy.
2. Przestrzeganie przepisów BHP, ppoż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
3. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
4. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
5. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
6. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
7. Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala w ramach swoich kwalifikacji zawodowych.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

ZASTĘPCA NACZELNEJ PIEŁĘGNIARKI

Podlega służbowo Dyktorowi Szpitala, a pod względem fachowym Pielęgniarce Naczelnej.

CEL:

Organizowanie i realizacja kompleksowych świadczeń pielęgniarskich/położniczych w Szpitalu na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI

1. Opracowanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego i innego jej podległego. Określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy we współpracy z Naczelną Pielęgniarką.
2. Ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności, uprawnień i kwalifikacji dla każdego stanowiska pracy.
3. Planowanie właściwego rozmieszczenia i wykorzystania personelu (grafiki, urlopy, zastępstwa).
4. Opracowanie i doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników.

JAKOŚĆ USŁUG PIEŁĘGNIARSKICH

1. Analiza i ocena jakości opieki pielęgniarskiej, położniczej oraz przestrzegania standardów opieki.
2. Poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości świadczeń.
3. Analiza poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich i położniczych.
4. Inicjowanie i realizacja badań naukowych, wdrażanie ich wyników do działalności praktycznej.
5. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjentów.

KIEROWANIE PRACĄ PODLEGŁEGO PERSONELU

1. Zapewnienie kompleksowych świadczeń pielęgniarskich, położniczych (innych) nad pacjentem.
2. Określanie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań w oddziałach.
3. Bieżąca kontrola wykonywanych zadań oraz dokumentowanie udzielanych świadczeń.

4. Okresowa ocena podległego personelu.
5. Przeprowadzanie okresowych kontroli na dyżurach w zakresie wykonywanych przez pielęgniarki, położne i personel pomocniczy zadań.
6. Organizowanie zebrań podległego personelu, planując je zgodnie z aktualnymi potrzebami.
7. Udzielenie porad pielęgniarkom, położnym w sprawach pielęgnowania pacjentów i prowadzenie bieżącego instruktażu z zakresu doboru metod postępowania pielęgnacyjnego.
8. Realizacja działań w zakresie profilaktyki zespołu wypalania zawodowego.
9. Rozwiązywanie sporów i konfliktów powstałych pomiędzy podległymi pracownikami.
10. Czuwanie nad prawidłową adaptacją zawodową nowych pracowników.

NADZÓR

1. Porządek i dyscyplina pracy podległego personelu – rozliczanie czasu pracy.
2. Nadzór nad prawidłową gospodarką lekami, środkami opatrunkowymi, środkami czystości, środkami dezynfekcyjnymi.
3. Nadzór administracyjno-ekonomiczny:
 - 1) uczestnictwo w programowaniu budżetu, planowaniu wyposażenia oddziałów,
 - 2) podejmowanie działań zmierzających do racjonalnego i efektywnego wykorzystania przydzielonych środków w oddziałach,
 - 3) bieżące zapoznawanie się z dokumentami dotyczącymi działalności oddziałów.
4. Nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym (udział w kontrolach „Sanepid-u”)
5. Nadzór nad jakością dokumentacji pacjentów sporządzanej przez podległy personel.
6. Realizacja profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do chorych i ich rodzin (opiekunów).
7. Nadzór nad terminowością, sprawozdawczością i jakością realizowanych zadań.
8. Nadzór nad organizowaniem planów pracy szkoleń, promocji zdrowia i urlopów.

MARKETING USŁUG PIEŁĘGNIARSKICH

1. Bieżące informowanie NP o wnioskach z obserwacji i analizy rynku.
2. Obserwacja i analiza rynku obecnych i potencjalnych usługobiorców.
3. Zbieranie danych o zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na usługi pielęgniarские.
4. Dostosowanie bieżącej działalności do obserwowanych i przewidywanych trendów zmian na rynku usługobiorców.

NADZÓR

9. Porządek i dyscyplina pracy podległego personelu – rozliczanie czasu pracy.
10. Nadzór nad prawidłową gospodarką lekami, środkami opatrunkowymi, środkami czystości, środkami dezynfekcyjnymi.
11. Nadzór administracyjno-ekonomiczny:
 - 4) uczestnictwo w programowaniu budżetu, planowaniu wyposażenia oddziałów,
 - 5) podejmowanie działań zmierzających do racjonalnego i efektywnego wykorzystania przydzielonych środków w oddziałach,
 - 6) bieżące zapoznawanie się z dokumentami dotyczącymi działalności oddziałów.
12. Nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym (udział w kontrolach „Sanepid-u”)
13. Nadzór nad jakością dokumentacji pacjentów sporządzanej przez podległy personel.
14. Realizacja profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do chorych i ich rodzin (opiekunów).
15. Nadzór nad terminowością, sprawozdawczością i jakością realizowanych zadań.
16. Nadzór nad organizowaniem planów pracy szkoleń, promocji zdrowia i urlopów.

MARKETING USŁUG PIEŁĘGNIARSKICH

5. Bieżące informowanie NP o wnioskach z obserwacji i analizy rynku.
6. Obserwacja i analiza rynku obecnych i potencjalnych usługobiorców.
7. Zbieranie danych o zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na usługi pielęgniarские.
8. Dostosowanie bieżącej działalności do obserwowanych i przewidywanych trendów zmian na rynku usługobiorców.

RELACJE INTERPERSONALNE NA RZECZ SKUTECZNEGO DZIAŁANIA SZPITALA.

1. Zastępuje Naczelną Pielęgniarkę w czasie jej nieobecności.
2. Przygotowanie planu pracy własnej i współuczestnictwo w przygotowaniu planu funkcjonowania i rozwoju szpitala.
3. Dokładne i sumienne wykonywanie poleceń przełożonych.
4. Rzetelne, efektywne i terminowe wykonywanie powierzonych obowiązków.
5. Przestrzeganie tajemnicy zawodowej i służbowej oraz przepisów, regulaminów i zarządzeń obowiązujących w SPSzW.
6. Wykonywanie innych zadań w ramach swoich kompetencji zawodowych na polecenie Naczelnej Pielęgniarki i Dyrektora Szpitala.
7. Dbalność o dobre imię i prestiż SPSzW im. Jana Bożego.
8. Zachowanie drogi służbowej. Sprawy, z którymi zwraca się do zwierzchników wyższego stopnia (poza skargami) powinny być zaopiniowane przez bezpośredniego przełożonego.
9. Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
10. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
11. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
12. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
13. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.

KSZTAŁCENIE I DOSKONALENIE.

1. Określanie potrzeb w zakresie doskonalenia zawodowego podległego personelu.
2. Ustalanie celów, metod, form doskonalenia zawodowego pielęgniarek, położnych z uwzględnieniem oczekiwań kadry zgodnie ze strategią SPSzW oraz możliwościami organizacyjnymi.
3. Systematyczne organizowanie szkoleń podległego personelu.
4. Szacowanie, przyjmowanie i opiniowanie zgłoszeń pielęgniarek, położnych na kursy kwalifikacyjne, specjalizacje oraz inne formy kształcenia podyplomowego. Przedkładanie przełożonym potrzeb w tym zakresie.
5. Realizacja programu adaptacji zawodowej.
6. Nadzór nad przebiegiem staży zawodowych i ocena poziomu uzyskanych umiejętności pielęgniarskich.

UPRAWNIENIA:

1. Samodzielne organizowanie pracy podległego personelu.
2. Ustalanie sposobu realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej zgodnie z wiedzą i standardami ustalonymi w zakładzie oraz zasadami etyki zawodowej.
3. Ocena pracy i kwalifikacji zawodowych podległych pracowników.
4. Zgłaszanie uwag, spostrzeżeń i propozycji zmian w zakresie organizacji i zarządzania w oddziałach lub w innych współpracujących komórkach organizacyjnych zachowując drogę służbową.
5. Dobór metod i sposób realizacji programów profilaktycznych, promocji zdrowia.
6. Udział w przetargach na zakup sprzętu medycznego.
7. Określanie standardów wyposażenia pielęgniarskich, położniczych stanowisk pracy w poszczególnych oddziałach.
8. Uczestnictwo w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

WSPÓŁPRACA:

1. W realizacji zadań z kierownictwem SPSzW, ordynatorami oddziałów i kierownikami innych działów.

2. Z różnymi instytucjami, stowarzyszeniami, fundacjami na rzecz realizacji programów prozdrowotnych.
3. Ze szkołami medycznymi, wydziałami pielęgniarskimi AM i innymi podmiotami prowadzącymi kształcenie podyplomowe w zakresie stworzenia właściwych warunków do realizacji szkolenia praktycznego słuchaczy, studentów w szpitalu oraz prowadzonych badań naukowych.
4. Z samorządem zawodowym.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i obowiązków wynikających z zakresu czynności.

PIELĘGNIARKA\POŁOŻNA ODDZIAŁOWA

Podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, a pod względem fachowym Naczelnaj Pielęgniarse.

W zakresie realizacji zadań diagnostycznych, terapeutycznych i pielęgnacyjnych Ordynatorowi Oddziału.

CEL:

Zapewnienie właściwej organizacji pracy podległego personelu medycznego oraz nadzór nad wykonywaniem opieki nad chorym.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

Pielęgniarka/Położna Oddziałowa wykonuje swoje obowiązki zgodnie z przepisami o zawodzie pielęgniarki (Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), zasadami etyki zawodowej, ustalonymi standardami praktyki zawodowej j i regulaminem zakładowym.

NADZÓR

1. Pielęgniarka/Położna oddziałowa realizuje swoją funkcję przy pomocy bezpośrednio jej podległych pielęgniarek odcinkowych oraz personelu pomocniczego (salowe, sanitariusze).
2. Nadzór i egzekwowanie właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej w oddziale.
3. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorego, roztaczanie szczególnie troskliwej opieki nad ciężko chorym, izolowanie chorych w stanie agonalnym.
4. Czuwanie nad przestrzeganiem zasad sanitarno-epidemiologicznych w oddziale pod kątem zapobiegania zakażeniom wewnątrzoddziałowych.
5. Czuwanie nad prawidłową adaptacją chorego do warunków szpitala.
6. Umożliwienie choremu kontaktu z osobami bliskimi i stworzenie optymalnych warunków socjalno-bytowych w oddziale.
7. Prowadzenie promocji zdrowia dla chorych i odwiedzających.
8. Obecność na wizycie lekarskiej oraz nadzór nad prowadzoną dokumentacją i właściwym wykonywaniem zleceń lekarskich.
9. W sytuacjach awaryjnych w oddziale Pielęgniarka/Położna Oddziałowa jest zobowiązana do pobierania badań, wykonywania iniekcji oraz podłączania kroplówek, krwi i preparatów krwiopochodnych.

W ZAKRESIE ADMINISTRACJI PRACY

1. Sporządzanie i realizowanie planu pracy własnej i podległego personelu oraz prowadzenie stosownej dokumentacji.
2. Nadzór i koordynacja pracy personelu pielęgniarskiego, salowych i sanitariuszy.
3. Ocena i opiniowanie podległego personelu (ocena bieżąca, indywidualna, zespołowa, roczna).
4. Wnioskowanie do PP o przyznanie nagród i kar (przeniesienie pracownika, zwolnienie).
5. Prowadzenie okresowych odpraw z podległym personelem (1 x w miesiącu).
6. Przeprowadzanie okresowych kontroli pracy podległego personelu podczas dyżurów nocnych, popołudniowych, w niedziele i święta.
7. Planowanie i przeprowadzenie doskonalenia zawodowego – wewnątrzoddziałowego podległego personelu.

8. Rozpatrywanie skarg składanych przez podległy personel.
9. Adaptacja nowego pracownika do środowiska i zawodu, wg szczegółowego planu każdego oddziału.
10. Zapewnienie ciągłości pracy w oddziale (rozkład grafików, urlopy, nieobecności).
11. Usprawnienie pracy i wprowadzanie nowych rozwiązań organizacyjnych (w uzgodnieniu z ordynatorem i P.P.).
12. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
13. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
14. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
15. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.

WSPÓŁPRACA:

1. Z Dyrekcją Szpitala – przekazywanie decyzji dyrekcji podległemu personelowi i ich przestrzeganie.
2. Z Naczelną Pielęgniarką i Zastępcą Pielęgniarek, inicjowanie nowych form pracy, aktywne włączanie się do ich realizacji.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Za zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej w oddziale szpitalnym.

ZASTĘPCA PIEŁĘGNIARKI\POŁOŻNEJ ODDZIAŁOWEJ

Podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala, pod względem fachowym Naczelnej Pielęgniarce.

W zakresie realizacji zadań diagnostycznych, terapeutycznych i pielęgnacyjnych Pielęgniarki\Położnej Oddziałowej i Ordynatorowi Oddziału.

CEL:

Zapewnienie prawidłowej opieki pielęgniarskiej i bezawaryjnego funkcjonowania oddziału.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

Zastępca Pielęgniarki\Położnej Oddziałowej wykonuje swoje obowiązki zgodnie z przepisami o zawodzie pielęgniarki (Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), zasadami etyki zawodowej, ustalonymi standardami praktyki zawodowej i regulaminem zakładowym.

Z-ca Pielęgniarki\Położnej Oddziałowej pracuje w systemie 1-zmianowym.

1. Świadczenie opieki osobom hospitalizowanym poprzez pomoc w osiągnięciu zdolności do samodzielnego zaspakajania potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i kulturowych oraz współdziałanie w medycznych zabiegach diagnostycznych i leczniczych.
2. Obsługa komputera w oddziale, zgodnie z ustaleniami Dyrekcji.
3. Przygotowanie i przeszkolenie pielęgniarek odcinkowych do obsługi komputera.
4. Ustalenie rozpoznania problemów pielęgnacyjnych pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji i rozmów z pacjentem i/lub rodziną oraz informacji od innych członków zespołu terapeutycznego.
5. Planowanie opieki pielęgniarskiej stosownie do stanu zdrowia pacjenta, diagnozy pielęgniarskiej i lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo-rehabilitacyjnego.
6. Udział i pomoc lekarzowi w wykonywaniu badań specjalistycznych, diagnostycznych i terapeutycznych.
7. Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych i innych osób przebywających w oddziale.
8. Dokumentowanie pracy własnej oraz utrzymanie sprawności technicznej sprzętu w oddziale.

9. W sytuacjach gdy działania przekraczają jej wiedzę i umiejętności jest zobowiązana do poszukiwania kompetentnej konsultacji i pomocy u Pielęgniarki\Położnej Oddziałowej, Naczelnej Pielęgniarki, Ordynatora Oddziału, informatyka.
10. Systematyczne doskonalenie kwalifikacji zawodowych i jakości świadczonej opieki, branie udziału w szkoleniach.
11. Z-cy Pielęgniarki\Położnej Oddziałowej przysługują prawa ujęte w zakresie czynności pielęgniarki odcinkowej.
12. Przestrzeganie tajemnicy zawodowej i służbowej.
13. Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
14. Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
15. Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
16. Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
17. Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
18. Wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego i Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Pełna odpowiedzialność za funkcjonowanie oddziału w zakresie działań pielęgniarskich w okresie nieobecności Pielęgniarki\Położnej Oddziałowej.

PIELĘGNIARKA\POŁOŻNA KOORDYNUJĄCA PRZYCHODNI

Podlega służbowo Kierownikowi Przychodni a pod względem fachowym Naczelnej Pielęgniarki.

CEL:

Zapewnienie właściwej organizacji pracy podległego personelu w przychodni.

ZAKRES CZYNNOŚCI:

Pielęgniarka\Położna Koordynująca wykonuje swoje obowiązki zgodnie z przepisami o zawodzie pielęgniarki (Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), zasadami etyki zawodowej, ustalonymi standardami praktyki zawodowej i regulaminem zakładowym.

1. Sprawowanie stałego nadzoru nad sposobem informowania i udostępniania świadczeń osobom zgłaszającym się do przychodni.
2. Sprawowanie stałego nadzoru nad stanem sanitarnym i higienicznym przychodni.
3. Organizowanie pracy personelu średniego i niższego a w szczególności:
 - 1) opracowanie planów: pracy, szkoleń, urlopów personelu średniego i niższego oraz przedstawianie tych planów Kierownikowi Przychodni i Naczelnej Pielęgniarki,
 - 2) ocenianie i opiniowanie podległego personelu (ocena bieżąca, indywidualna, zespołowa i roczna),
 - 3) wnioskowanie do Naczelnej Pielęgniarki o: przyznanie premii, przeniesieniach, karach i zwolnieniach pracowników,
 - 4) organizowanie narad roboczych 1 x w kwartale,
 - 5) prowadzenie dokumentacji pracy własnej (książka: narad, uwag o pracy personelu, szkoleń, rejestr pracowników),
 - 6) zapewnienie ciągłości pracy w poradniach – w czasie nieobecności pracownika,
 - 7) rozstrzyganie kwestii spornych, konfliktów wynikających w pracy,
 - 8) kontrolowanie obecności oraz punktualnego rozpoczynania i kończenia pracy,
 - 9) zgłaszanie Naczelnej Pielęgniarki o nieobecności pracownika,
 - 10) usprawnienia pracy i wprowadzenie nowych rozwiązań organizacyjnych (w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką i Kierownikiem Przychodni),

- 11) kierowanie poszczególnych osób na określone stanowiska stosownie do posiadanych przez te osoby kwalifikacji, stażu pracy,
 - 12) ustalanie godzin pracy dziennej i tygodniowej personelu średniego i niższego,
 - 13) organizowanie szkoleń personelu średniego i niższego oraz delegowanie na kursy prowadzone poza przychodnią.
4. Kontrolowanie pracy personelu podległego, a w szczególności:
- 1) kontrola fachowego poziomu udzielanych świadczeń,
 - 2) terminowość ich wykonania i właściwy stosunek do osób korzystających ze świadczeń,
 - 3) kontrola przestrzegania zasad sanitarno-epidemiologicznych (zaleceń Sanepid),
 - 4) kontrolowanie sprawozdawczości wykonywanej przez personel średni,
 - 5) kontrola pracy rejestratorek, sposobu załatwiania zgłoszeń,
 - 6) kontrola przestrzegania przepisów BHP.
5. Odpowiedzialność za zadania gospodarcze:
- 1) prowadzenie ksiąg inwentaryzacyjnych, przygotowanie i udział w inwentaryzacji, dbanie o cały sprzęt przychodni,
 - 2) przygotowanie i udział w kasacjach sprzętu w przychodni,
 - 3) zaopatrzenie przychodni w sprzęt medyczny, środki czystościowe i gospodarcze,
 - 4) prowadzenie podręcznej apteczki, stałe jej uzupełnianie,
 - 5) należyte przechowywanie leków, prowadzenie remanentów leków w przychodni wspólnie z pracownikiem apteki,
 - 6) planowanie modernizacji technicznych przychodni.
 - 7) Współpraca z Dyrekcją Szpitala – przekazywanie decyzji do podległego personelu, ich realizacja i przestrzeganie.
 - 8) Współpraca z Naczelna Pielęgniarką – inicjowanie nowych form pracy na terenie przychodni i aktywne włączanie się do ich realizacji.
 - 9) Współpraca ze wszystkimi działami szpitala oraz zgłaszanie postulatów i wniosków dotyczących ich działania.
 - 10) Składanie sprawozdań ze swojej działalności i niezwłoczne powiadamianie Kierownika Przychodni i Naczelnej Pielęgniarki o wszystkich zaistniałych wyjątkowych sytuacjach.
 - 11) Podnoszenie kwalifikacji zawodowych z zakresu organizacji i kierowania.
 - 12) Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
 - 13) Noszenie w czasie pracy ustalonej odzieży ochronnej i dbanie o estetyczny wygląd zewnętrzny.
 - 14) Życzliwy, taktowny i pełen wyrozumiałości stosunek do chorych i podległego personelu.
 - 15) Prowadzenie oświaty sanitarnej w przychodni (promocji zdrowia).
 - 16) Przestrzeganie przepisów BHP, p/poż., sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
 - 17) Znajomość założeń Polityki Jakości ustalonej dla potrzeb wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
 - 18) Znajomość i stosowanie dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu.
 - 19) Nadzorowanie realizacji zadań komórki organizacyjnej w oparciu o wdrożony System Zarządzania Jakością.
 - 20) Wnioskowanie o zmianę lub utworzenie nowych standardów, procedur, instrukcji, regulaminów SZJ niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej.
 - 21) Wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego i Dyrektora Szpitala.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Ponoszona za prawidłowe wykonanie nałożonych na nią obowiązków określonych zakresem czynności.

PIELĘGNIARKA SPOŁECZNA - SPECJALISTA DS. OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH

CEL: Całokształt działań mających na celu dbanie o interes Szpitala w zakresie poprawy ściągłości za świadczenia udzielane osobom nieubezpieczonym, w tym cudzoziemcom a także organizowanie pomocy społecznej pacjentom w oparciu o istniejące przepisy prawne.

ZADANIA:

1. Analiza sytuacji socjalno-bytowej pacjentów nieubezpieczonych (bezdolnych, bezrobotnych, cudzoziemców) hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych.
2. Współpraca z Ordynatorami Oddziałów, Pielęgniarkami Oddziałowymi, Pielęgniarkami Izb Przyjęć, Sekcją Statystyki Medycznej, Dokumentacji i Rejestracji Chorych.
3. Diagnozowanie sytuacji osób nieubezpieczonych przy współpracy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie, Urzędem Pracy, Domem Pomocy Społecznej, Biurem Meldunkowym, Policją w celu określenia możliwości objęcia powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w oparciu o obowiązujące przepisy.
4. Pośredniczenie w kierowaniu do Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w celu uzyskania zasiłku stałego lub okresowego.
5. Podejmowanie starań o umieszczenie chorego w Domu Pomocy Społecznej.
6. Współpraca z organami gminy w zakresie:
 - 1) powiadamiania o przebywaniu w szpitalu osób małoletnich lub niezdolnych do samodzielnej egzystencji, których opiekun faktyczny lub ustawowy nie odbiera ze szpitala a proces leczenia został zakończony,
 - 2) występowanie do organów gminy o zwrot poniesionych kosztów na transport w/w pacjentów do miejsca ich zamieszkania.
7. Nadzorowanie hospitalizacji cudzoziemców w zakresie ustalania płatnika za świadczenia zdrowotne (rozliczenia: indywidualne, w ramach umów międzynarodowych, w ramach umowy z Ośrodkiem dla Uchodźców w Lublinie).
8. Analiza sytuacji socjalno-bytowej pacjentów ubezpieczonych przewlekłe hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych.
9. Współpraca z pracownikiem socjalnym w środowisku zamieszkania pacjentów.
10. Współpraca z rodziną chorego w zakresie możliwości objęcia opieką pacjenta w miejscu zamieszkania:
 - 1) opieką sprawowaną przez opiekuna społecznego,
 - 2) długoterminową opieką domową przez praktyki pielęgniarskie.
11. Informowanie rodziny pacjenta o możliwości umieszczenia chorego w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.
12. Współpraca z zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w celu umieszczenia osób samotnych, długotrwanie hospitalizowanych.
13. Współpraca z Ośrodkiem Adopcyjnym w przypadku dzieci pozostawionych w oddziale noworodkowym.
14. Dokumentowanie wykonywanych zadań zgodnie z ustalonym schematem.
15. Systematyczne doskonalenie swoich kwalifikacji.
16. Przestrzeganie tajemnicy służbowej.
17. Przestrzeganie czasu pracy ustalonego w zakładzie pracy.
18. Przestrzeganie przepisów BHP, p/pożarowych, sanitarnych oraz Regulaminów Szpitala.
19. Znajomość dokumentów Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 i standardów akredytacyjnych obowiązujących na stanowisku pracy.
20. Realizacja powierzonych zadań w oparciu o wymagania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.
21. Znajomość aktualnych przepisów – ustaw: o działalności leczniczej, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o pomocy społecznej, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

VII. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAPEWNIENIEM WŁAŚCIWEJ DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ W JEDNOSTKACH I KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§ 19.

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością.

1. Każdy pacjent szpitala uzyskuje świadczenie zdrowotne zgodnie ze swoimi potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem najskuteczniejszych w danej sytuacji czynności zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez pracowników szpitala posiadających odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z zakresem kompetencji, obowiązującymi procedurami na poszczególnych stanowiskach pracy oraz kodeksem etyki zawodowej.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem intymności i godności osobistej pacjenta. W tym celu, w czasie przeprowadzania wywiadów lekarskich, udzielania porad i rozmów z pacjentami lub ich przedstawicielami ustawowym, zapewnia się odpowiednie warunki lokalowe.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 20.

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Szpital zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i sposobu leczenia poprzez odpowiednie zabezpieczenie tych danych przed osobami postronnymi oraz zobowiązanie pracowników do przestrzegania przepisów obowiązujących w tym zakresie.
3. Wszyscy pracownicy szpitala zobowiązani są do uprzejmego, życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin oraz udzielania im niezbędnych informacji i pomocy w poruszaniu się po szpitalu.
4. Wszyscy pracownicy szpitala zobowiązani są do noszenia na ubiorze identyfikatorów w formie tabliczek z imieniem i nazwiskiem, tytułem naukowym lub zawodowym i określeniem stanowiska pracy - zgodnie z zapisami *Regulaminu Pracy SPSzW im. Jana Bożego* (rozdział II art. 14 p.2) wprowadzonego *Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 7 z dnia 19.02.2001 r.*

§ 21.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa zamkniętego oraz ambulatoryjnego są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez oddziały szpitalne i przychodnie specjalistyczne, z zastrzeżeniem przypadków nagłych, zagrażających życiu lub zdrowiu, które udzielane są niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta.
2. W sytuacji ograniczonej możliwości udzielania wszystkim potrzebującym odpowiednich świadczeń tworzy się listy oczekujących – w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Kolejność na listach oczekujących ustala lekarz w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.
3. Ocena list osób oczekujących na udzielanie świadczeń medycznych należy do Zadań Zespołu ds. Jakości powołanego Zarządzeniem nr 106/2013 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie z dnia 10 grudnia 2013 r.

§ 22.

1. Upoważnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń szpitala są osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz inne osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów i umów, zgodnie z ustawą.
2. Informacja o zakresie świadczeń udzielanych przez szpital na rzecz osób ubezpieczonych jest podawana do wiadomości pacjentów na tablicach informacyjnych w szpitalu, przychodniach i izbach przyjęć.
3. Brak uprawnień do bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia w trybie pilnym, z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 23.

1. Warunkiem uzyskania świadczenia zdrowotnego jest przedstawienie:
 - 1) skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku gdy świadczenie ma być udzielane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 2) skierowania od zleceniodawcy – w przypadku, gdy umowa pomiędzy zleceniobiorcą a zleceniodawcą przewiduje udzielanie świadczenia na podstawie skierowania,
2. Uprawnienia pacjenta do świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia sprawdza się:
 - 1) poprzez weryfikację uprawnień w systemie eWUŚ na podstawie nr PESEL pacjenta,
 - 2) na podstawie dokumentu potwierdzającego prawa do świadczeń:
 - a) zgłoszenie do ubezpieczenia,
 - b) zaświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń,
 - c) imienny raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej – RMUA,
 - d) legitymacja ubezpieczeniowa,
 - e) legitymacja rencisty/emeryta,
 - f) decyzja wójta, burmistrza, prezydenta miasta,
 - g) dokument potwierdzający dodatkowe uprawnienia, np. zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę zakaźną (gruźlica, HIV),
 - h) inny dokument potwierdzający uprawnienia, np. odcinek renty lub emerytury,
 - i) karta Polaka (tylko w stanach nagłych),
 - 3) poprzez złożenie oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na właściwym druku określonym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. Oświadczenie składa się w sytuacji kiedy system eWUŚ nie potwierdza uprawnień oraz pacjent/przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny lub faktyczny nie posiada dokumentu potwierdzającego prawa do świadczeń lub przedstawia dokument nieaktualny, a jest pewien uprawnień swoich/osoby reprezentowanej (art. 50 ust. 6 i 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
3. Dokumentami potwierdzającymi tożsamość pacjenta w celu weryfikacji uprawnień w systemie eWUŚ są:
 - a) w przypadku osoby dorosłej:
 - dowód osobisty,
 - paszport,
 - prawo jazdy.
 - b) w przypadku uczącego się dziecka do 18 roku życia – legitymacja szkolna lub jeden z dokumentów takich, jak w przypadku osoby dorosłej.
 - c) w przypadku dziecka do 6 roku życia:
 - paszport,
 - dowód biometryczny,
 - ustne lub pisemne oświadczenia rodzica/opiekuna dziecka.

- d) w przypadku dziecka do 3 miesiąca życia, które nie ma jeszcze nadanego własnego numeru PESEL, prawo do świadczeń potwierdza się numerem PESEL rodzica lub opiekuna dziecka, w następstwie sprawozdaje z tymi danymi.
4. Pacjenci posiadający prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, winni okazać w szpitalu, przychodni jeden z niżej wymienionych dokumentów:
- 1) Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ,
 - 2) Poświadczenie wydane przez Oddział Wojewódzki NFZ do formularzy E 106, E109, E120, E121, E123, dokumentu S1 , DA1,
 - 3) Dokument S2, S3 , DA1 lub formularz E112, E123.

§ 24.

Karta Praw i Obowiązków Pacjenta określająca szczegółowe uprawnienia i obowiązki pacjentów związane z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych jest umieszczana na tablicach informacyjnych w oddziałach szpitalnych, przychodniach, izbach przyjęć oraz w innych jednostkach organizacyjnych uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

1. Udzielanie świadczeń w Izbach Przyjęć Szpitala

§ 25.

1. Każde przyjęcie pacjenta do hospitalizacji odbywa się w Izbie Przyjęć. W Szpitalu funkcjonują następujące Izby Przyjęć:
 - 1) Izba Przyjęć przy Oddziale Internistycznym, czynna od 8⁰⁰ do 15³⁵,
 - 2) Izba Przyjęć przy Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy, czynna od 7³⁰ do 15⁰⁵,
 - 3) Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych dla Dzieci, czynna całodobowo,
 - 4) Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza, czynna całodobowo.
2. Nadzór merytoryczny nad pracą personelu Izb Przyjęć sprawują odpowiednio: Ordynator Oddziału/Lekarz Kierujący Oddziałem/Pielęgniarka Oddziałowa. W przypadku Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej nadzór pełni Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologii i Położna Oddziałowa Oddziału Ginekologii.

§ 26.

uchylony

§ 27.

1. Niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta, w stanie zagrożenia życia, do izby przyjęć lub otrzymaniu powiadomienia o transporcie takiego pacjenta pielęgniarka, informuje lekarza dyżurnego.
2. W stosunku do pacjentów w stanie zagrożenia życia lekarz wszczyna lub kontynuuje procedury resuscytacyjne w zakresie uzależnionym od specyfiki przypadku oraz prowadzi wstępne postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
3. Do udzielenia natychmiastowej pierwszej pomocy pacjentowi w stanie zagrożenia życia i w przypadkach nagłych zobowiązani są wszyscy pracownicy izby przyjęć wykonujący zawód medyczny, w zakresie odpowiednim do kwalifikacji.
4. Badanie lekarskie w przypadkach nagłych powinno nastąpić niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta do izby przyjęć.
5. W pozostałych przypadkach czas oczekiwania przez pacjenta na podjęcie decyzji w sprawie sposobu udzielania pomocy medycznej nie powinien przekroczyć 30 minut.

6. Jeżeli ustalenie stanu pacjenta budzi wątpliwości, w celu prawidłowej diagnozy pozostawia się pacjenta na obserwacji w Sali Obserwacji Izby Przyjęć pod stałym nadzorem lekarsko-pielęgniarskim.
7. Lekarz izby przyjęć ma możliwość uzyskania specjalistycznych konsultacji w dziedzinie, jaka jest niezbędna do oceny stanu zdrowia pacjenta (pediatrycznej, chirurgicznej, anestezjologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej, internistycznej, toksykologicznej, ginekologicznej, zakaźnej).
8. Po udzieleniu pacjentowi pomocy medycznej, lekarz podejmuje decyzje o przyjęciu do szpitala lub możliwości opuszczenia przez pacjenta izby przyjęć.
9. Pacjent opuszczający izbę przyjęć otrzymuje od lekarza krótki opis wykonanych procedur oraz proponowane leczenie i zalecenia dotyczące dalszej opieki medycznej na karcie zleceń lekarskich.

§ 28.

Wszyscy pacjenci izby przyjęć muszą być na podstawie przedstawionych dokumentów (skierowanie, dokument ubezpieczenia zdrowotnego) rejestrowani w systemie komputerowym szpitala w części "Ruch chorych - Izba Przyjęć", pacjenci zakwalifikowani do hospitalizacji w Księżce Głównej Szpitala, pozostali w Księżce Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych.

§ 29.

Lekarz dyżurny izby przyjęć powinien posiadać bieżącą informację o stanie obłożenia oddziałów.

§ 30.

1. Każdy pacjent wymagający hospitalizacji powinien być przyjęty do szpitala.
2. W sytuacji, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia, a stan pacjenta wymaga natychmiastowej hospitalizacji, lekarz dyżurny Izby Przyjęć ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia oraz w razie konieczności organizuje transport medyczny.
3. W sytuacji, gdy stan pacjenta nie powoduje bezpośredniego zagrożenia życia, lekarz dyżurny izby przyjęć ustala termin planowego przyjęcia do szpitala lub uzgadnia przyjęcie pacjenta w innym szpitalu.
4. Każdy przypadek odmowy przyjęcia pacjenta powinien być odpowiednio zarejestrowany wraz z uzasadnieniem w Księżce Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych.
5. Lekarz dyżurny izby przyjęć w sytuacji zgłoszenia się pacjenta z chorobą psychiczną jest zobowiązany do przeprowadzenia wywiadu i badania lekarskiego, a w przypadku podjęcia decyzji o leczeniu w innej placówce, do telefonicznego uzgodnienia przyjęcia pacjenta z lekarzem placówki o odpowiednim profilu leczenia.

§ 31.

1. W przypadku zakwalifikowania pacjenta, przez lekarza dyżurnego izby przyjęć do leczenia szpitalnego, pielęgniarka zawiadamia telefonicznie odpowiedni oddział o przyjęciu pacjenta.
2. Na podstawie tego zawiadomienia oddział przygotowuje się do przyjęcia pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie sanitarno-epidemiologicznym.
3. Pacjent jest przekazywany (transportowany) do oddziału przez pracownika medycznego izby przyjęć, który dostarcza lekarzowi dyżurnemu oddziału druk kwalifikacji.

§ 32.

1. Pacjent po zakwalifikowaniu do hospitalizacji ma możliwość zdeponowania swoich rzeczy osobistych i przedmiotów wartościowych.

2. Zasady funkcjonowania Magazynu Depozytowego określa *Regulamin przechowywania rzeczy osobistych i przedmiotów wartościowych w magazynie depozytowym Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie*.
3. Pacjent przyjmowany do oddziału w trybie planowym powinien mieć własną bieliznę osobistą, piżamę, szlafrok, przybory toaletowe, ciapy.

2. Świadczenia w zakresie leczenia zamkniętego (hospitalizacja)

§ 33.

1. Z chwilą przyjęcia do oddziału pacjentowi zapewnia się:
 - 1) świadczenia zdrowotne odpowiadające aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej,
 - 2) leki i materiały medyczne,
 - 3) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie dla stanu zdrowia,
 - 4) odzież szpitalną (jeśli pacjent nie posiada własnej),
 - 5) opiekę pielęgniacyjną,
 - 6) rzetelne informowanie o stanie zdrowia, rozpoznaniu, prowadzonych metodach leczenia, zabiegach leczniczych i diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach i rokowaniach oraz o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.
2. Lekarz przyjmujący pacjenta do oddziału zakłada dokumentację lekarską pacjenta tj.: historię choroby z wymaganymi załącznikami, pielęgniarka dyżurna zakłada dokumentację pielęgniarską zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża świadomą zgodę na leczenie, przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych, znieczulenie i na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. W przypadku przeprowadzenia niezbędnych badań diagnostycznych dodatkowo świadomą zgodę może wyrazić opiekun faktyczny pacjenta.
4. Zgodę uzyskuje się po uprzednim udzieleniu pacjentowi lub przedstawicielom ustawowym wyczerpujących informacji na temat badań, leczenia lub zabiegu.
5. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - 1) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
 - 2) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji, a w przypadku śmierci do wglądu do dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
6. W sytuacji gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nie odebrania od pacjenta powyższych i uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu, z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
7. W sytuacji powtarzających się hospitalizacji, wcześniej udzielone przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego upoważnienia zachowują moc prawną, o ile nie zostały przez w/w osoby w formie pisemnej odwołane. W/w oświadczenia woli dotyczą wyłącznie upoważnień wyrażonych w odniesieniu do hospitalizacji mających miejsce w tutejszym Szpitalu.

§ 34.

Z chwilą przyjęcia do oddziału personel ma obowiązek poinformować pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego o przysługujących prawach i obowiązkach zawartych w *Karcie*

Praw i Obowiązków Pacjenta oraz wskazać miejsce gdzie są one dostępne (tablice informacyjne w oddziałach).

§ 35.

1. Badanie, w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta do oddziału.
2. Lekarze powinni kierować pacjentów na badania diagnostyczne w zakresie niezbędnym dla prawidłowego rozpoznania choroby i leczenia.

§ 36.

1. Wizyta lekarska obejmuje wszystkich pacjentów. W czasie wizyty lekarz prowadzący sale (zespół lekarzy) przeprowadza wywiad z pacjentem, ustala zmiany w stanie pacjenta, wydaje odpowiednie zalecenia w zakresie leczenia i diagnostyki. Wszystkie decyzje podejmowane przez lekarza prowadzącego wizytę są przez niego rejestrowane i podpisywane. Wizyta odbywa się z udziałem pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki opiekującej się salą.
2. W uzasadnionych przypadkach pacjenci są konsultowani przez specjalistów z innych oddziałów (konsultacje wewnętrzne) oraz przez specjalistów zewnętrznych, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy (konsultacje zewnętrzne).
3. Konsultacje wewnętrzne w oddziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
4. Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, wpisuje ją do karty zleceń i książki konsultacji, i zgłasza bezpośrednio lub przez sekretarkę medyczną/pielęgniarkę/położną.
5. W każdym oddziale ordynator wyznacza lekarzy, którzy mają obowiązek udzielania konsultacji, w zakresie posiadanej specjalności, pacjentom innych oddziałów. Wezwanie na konsultacje następuje telefonicznie.
6. Przy zgłoszeniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy oddziału, nazwiska pacjenta, głównego problemu wezwania oraz trybu konsultacji: pilny lub planowy.
7. Konsultacje planowe powinny być zgłaszane w godzinach rannych, jednak nie później niż do godziny 11⁰⁰. Realizacja konsultacji powinna mieć miejsce w dniu zgłoszenia, a uzasadnionych przypadkach, nie później niż 24 godziny od zgłoszenia.
8. Konsultacja w oddziale wpisywana jest przez konsultanta do historii choroby pacjenta i Książki Konsultacji znajdującej się w oddziale.
9. Treść konsultacji w izbie przyjęć powinna być wpisana do Księgi Porad i Odmów Ambulatoryjnych.
10. Konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy. W sytuacjach nagłych związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych, wnioski i zalecenia mogą być przekazywane ustnie.
11. W czasie dyżuru obowiązki konsultanta pełni lekarz dyżurny.
12. Zgłoszenie konsultacji zewnętrznych specjalistom spoza Szpitala dokonuje wyłącznie lekarz.
13. Lista konsultantów zewnętrznych dostarczana jest przez pracownika Działu Organizacji i Nadzoru.
14. W sytuacji braku możliwości wykonania konsultacji przez specjalistę zewnętrznego istnieje możliwość konsultacji: w przypadku pacjentów dorosłych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, a w przypadku dzieci – w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie.

§ 37.

1. Lekarze sprawują stałą opiekę nad pacjentami leżącymi w salach przydzielonych im przez ordynatora.

2. Ordynator może wprowadzić inny system opieki lekarskiej nad salami, jeżeli uzna, że jest to uzasadnione w danym oddziale ze względu na poprawę organizacji opieki nad pacjentem.
3. Opiekę lekarską, poza godzinami normalnej ordynacji oddziałów, zapewnia się w formie dyżuru medycznego.
4. Pielęgniarki/położne sprawują opiekę pielęgniarską nad pacjentem przez cały okres jego pobytu w oddziale. Realizują świadczenia pielęgniarskie zgodnie z ustalonymi standardami i procedurami.
5. Nadzór nad pracą pielęgniarek/położnych odcinkowych sprawują pielęgniarki/położne oddziałowe danego oddziału.

§ 38.

W poszczególnych oddziałach na tablicach informacyjnych znajdują się dane dotyczące nazwisk lekarzy opiekujących się poszczególnymi salami oraz dyżurujących w danym dniu.

§ 39.

Badania diagnostyczno-lecznicze powinny być udokumentowane. Dokumentacja winna zawierać wyniki badań zleconych pacjentowi.

§ 40.

Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne, zabiegi lecznicze i konsultacje powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani przez pielęgniarkę lub przewożeni na wózkach inwalidzkich albo przenoszeni na noszach przez sanitariuszy.

§ 41.

Informacje o stanie zdrowia pacjentów są udzielane przedstawicielom ustawowym codziennie osobiście lub telefonicznie przez lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych przez lekarza dyżurnego. Na prośbę przedstawicieli ustawowych informacji udziela ordynator.

§ 42.

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz prowadzący, dyżurny obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić osobę/instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§ 43.

1. W razie śmierci pacjenta w oddziale, bądź w izbie przyjęć, pielęgniarka niezwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę, oraz wystawia kartę zgonu.
3. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
4. Pielęgniarka z oddziału lub izby przyjęć odnotowuje dzień i godzinę śmierci w raporcie pielęgniarskim i na karcie gorączkowej, wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator zawierający imię i nazwisko, nr PESEL, a w przypadku jego braku, serię i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu.
5. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) nr PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,

- 3) datę i godzinę zgonu,
 - 4) godzinę przekazania zwłok do chłodni,
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę,
 - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
 - 7) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
6. W przypadku gdy istnieje uzasadnione podejrzenie lub pewność, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu lekarz powinien o tym zawiadomić natychmiast właściwego inspektora sanitarnego.
 7. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
 8. Pielęgniarka oddziałowa lub izby przyjęć/przychodni sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przekazuje je do magazynu depozytowego szpitala zgodnie z "Regulaminem przechowywania rzeczy osobistych i przedmiotów wartościowych pacjenta w magazynie depozytowym SPSzW im. Jana Bożego w Lublinie".

§ 44.

1. O śmierci chorego lekarz prowadzący lub dyżurny niezwłocznie zawiadamia jego rodzinę, opiekunów, a w razie ich braku – kancelarię szpitala.
2. Ordynator informuje dyrektora szpitala o zgonach jakie miały miejsce w oddziale, kierownik Przychodni o zgonach w przychodni, a dyżurny lekarz o zgonach w izbie przyjęć.
3. Pielęgniarka oddziałowa przesyła do Sekcji Statystyki Medycznej, Dokumentacji i Rejestracji Chorych kartę zgonu wystawioną przez lekarza.

§ 45.

1. Zwłoki transportowane są do chłodni zwłok nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od chwili zgonu, po ponownym stwierdzeniu zgonu przez lekarza leczącego lub dyżurnego.
2. Transportu zwłok ze wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala do chłodni dokonuje przez całą dobę firma pogrzebowa, z którą szpital ma zawartą umowę.
3. Transport przeprowadza się w sposób dyskretny nie zwracający uwagi pacjentów.

§ 46.

1. Zwłoki osób, które zmarły w szpitalu mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala chyba że osoba za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem ust. 3. O zaniechaniu sekcji sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej w szpitalu lub jej przedstawiciela.
2. Dyrektor szpitala na wniosek właściwego ordynatora lub po zasięgnięciu jego opinii zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
3. Przepis pkt.1 nie dotyczy sytuacji:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
4. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
5. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, dyrektor szpitala może zdecydować o dokonaniu sekcji przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad

i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

6. W razie zgonu chorego, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działania wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia, ordynator lub lekarz dyżurny bezpośrednio powiadamia policję i prokuraturę. Organy te należy zawiadomić również w przypadku gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa.
7. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora nie mogą być wydane rodzinie przed dokonaniem sekcji bądź przed otrzymaniem zaświadczenia o zwolnieniu od sekcji.

§ 47.

1. Kartę zgonu wystawia:
 - 1) w przypadku zgonu na oddziale lekarz, który leczył chorego w szpitalu lub w przypadku jego nieobecności lekarz dyżurny,
 - 2) w przypadku zgonu w izbie przyjęć lekarz dyżurny.
2. Sekcja Statystyki Medycznej, Dokumentacji i Rejestracji Chorych szpitala prowadzi "Księgę zmarłych" wg ustalonego wzoru.
3. Sekcja Statystyki Medycznej, Dokumentacji i Rejestracji Chorych wydaje "Kartę zgonu PU-M67" rodzinie zmarłego lub prawnemu opiekunowi celem powiadomienia urzędu stanu cywilnego o zgonie i uzyskaniu aktu zgonu.
4. W dni wolne od pracy "kartę zgonu" wydaje oddział, w którym nastąpił zgon.
5. Oddział Noworodków i Wcześnieiaków wydaje "kartę zgonu" dla każdego dziecka, które zmarło w oddziale.

§ 48.

1. Zwłoki osób zmarłych w szpitalu przechowywane są w chłodni, o której mowa w § 43 ust.4, nie dłużej niż 72 godzin.
2. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godzin, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
3. Dopuszcza się pobieranie opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 1, od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów na zlecenie których przechowywane są zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

§ 49.

1. Wypisanie ze szpitala, poza szczególnymi wypadkami, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
 - 2) na życzenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza przepisy porządkowe, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, lub zdrowia innych osób.
2. Pacjent po wypisaniu otrzymuje Kartę Informacyjną.

3. Pacjent może wystąpić o wypisanie ze szpitala na własne żądanie, po uzyskaniu informacji od lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu, składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotacje w dokumentacji medycznej.
4. Pacjent przebywający w oddziale może wystąpić z wnioskiem o wyrażenie zgody na „przepustkę”. Fakt ten odnotowywany jest w Historii choroby wraz z podpisami pacjenta i lekarza prowadzącego oraz określeniem terminu powrotu. Udzielanie „przepustek” powinno występować jedynie w sytuacjach wyjątkowych.
5. Pracownik oddziału dokonuje formalnych czynności związanych z wypisem pacjenta z oddziału dostarczając do Sekcji Statystyki Medycznej, Dokumentacji i Rejestracji Chorych wymaganą dokumentację medyczną pacjenta.
6. W przypadku braku dokumentu ubezpieczeniowego pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala w trybie nagłym, wymagany dokument może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia o ile chory nadal przebywa w szpitalu. Jeżeli przedstawienie wymaganego dokumentu nie jest możliwe w tym terminie, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Dokument ubezpieczeniowy należy dostarczyć do Sekcji Statystyki Medycznej, Dokumentacji i Rejestracji Chorych.
7. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i o przyczynach odmowy.
8. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.

§ 50.

Wszyscy pacjenci w wieku do 7 lat przebywający w oddziale posiadają opaski identyfikacyjne z imieniem, nazwiskiem i datą urodzenia zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11.12.2001r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków (Dz. U. Nr 152, poz. 1743).*

3. Blok Operacyjny

§ 51.

1. Na bloku operacyjnym wykonywane są zabiegi operacyjne w schorzeniach wymagających interwencji ginekologicznej i położniczej.
2. W skład zespołu sal operacyjnych wchodzi:
 - 1) (uchylony),
 - 2) sale operacyjne Bloku Operacyjnego Ginekologiczno-Położniczego, ul. Lubartowska 81.
3. Poszczególne sale operacyjne przydzielone są na stałe odpowiednim oddziałom prowadzącym leczenie chirurgiczne, ginekologiczne i położnicze.
4. Zabiegi operacyjne septyczne wykonywane są w wyznaczonej sali bloku operacyjnego.

§ 52.

1. Plany zabiegów operacyjnych są ustalane w oddziałach i przekazywane najpóźniej w przeddzień planowanego zabiegu Lekarzowi Koordynującemu Pracę Anestezjologów oraz Oddziałowej Bloku Operacyjnego.
2. Informacje o wszystkich zmianach w planach zabiegów są przekazywane niezwłocznie osobom wymienionym w ust. 1.
3. Informacja o planowanych (lub zmienionych) zabiegach operacyjnych powinna zawierać:
 - 1) godzinę rozpoczęcia zabiegu,
 - 2) rodzaj zabiegu,
 - 3) przewidywany czas trwania,
 - 4) skład zespołu lekarzy operujących.

§ 53.

1. Zabiegi operacyjne wykonywane są przez zespoły operacyjne, w skład których wchodzi:
 - 1) zespół lekarzy operujących, w składzie co najmniej 2 lekarzy, pod kierownictwem ustalonym przez ordynatora danego oddziału,
 - 2) zespół anestezjologiczny – lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna,
 - 3) zespół pielęgniarek instrumentariuszek.
2. Lekarz kierujący zespołem lekarzy operujących powinien posiadać co najmniej I stopień specjalizacji.
3. W czasie zabiegu na sali operacyjnej powinien być stale do dyspozycji pracownik pomocniczy (sanitariusz, salowa).

§ 54.

1. W dniu poprzedzającym planowany zabieg lekarz anestezjolog, bez dodatkowego wezwania do oddziału, ustala czy stan pacjenta pozwala na dokonanie zabiegu.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z oddziału na blok operacyjny pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną, od momentu przyjęcia pacjenta na blok do chwili opuszczenia bloku operacyjnego. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
3. Pacjent może opuścić blok operacyjny (salę wybudzeń) po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa stwierdzającej, że stan zdrowia pacjenta pozwala na przekazanie go do oddziału.
4. Pacjent opuszcza blok operacyjny pod opieką lekarza i pielęgniarki z oddziału.

§ 55.

1. Pracownicy bloku operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczących m.in.: poruszania się po bloku, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innych działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Obowiązuje ścisły zakaz wstępu na blok osób postronnych (w tym przedstawicieli ustawowych pacjentów).

§ 56.

Pobyt pacjenta na bloku operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane w Księdze zabiegów operacyjnych i Protokole znieczulenia.

§ 57.

W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może, z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem jest obowiązany wyjaśnić

pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu.

4. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

§ 58.

1. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przyjmowani są pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagają hospitalizacji w oddziale szpitalnym.
2. O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego mogą ubiegać się pacjenci, którzy otrzymali 40 pkt lub mniej w skali „Barthel” i ich podstawowym wskazaniem do objęcia opieką nie jest choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.
3. Podstawą przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego jest skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 59.

1. Z chwilą przyjęcia do zakładu pacjentowi zapewnia się:
 - 1) świadczenia lekarskie,
 - 2) całodobowe świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne,
 - 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 4) badania i terapię psychologiczną,
 - 5) badania i terapię logopedyczną,
 - 6) terapię zajęciową,
 - 7) leczenie farmakologiczne,
 - 8) leczenie dietetyczne,
 - 9) zapewnienie zleconych badań,
 - 10) zapewnienie zleconego transportu,
 - 11) edukację i poradnictwo zdrowotne polegające na przygotowaniu pacjenta do samoopieki w warunkach domowych,
 - 12) zaopatrywanie w środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne i materiały medyczne,
 - 13) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie dla stanu zdrowia za odpłatnością, zgodnie z art. 18 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*,
 - 14) rzetelne informowanie o stanie zdrowia.

5. Świadczenia ambulatoryjne

§ 60.

1. Rejestracji do poradni specjalistycznej można dokonać osobiście bądź telefonicznie.
2. Pacjenci są rejestrowani w kolejności zgłoszenia się.
3. W Rejestracji pacjent zobowiązany jest okazać dokumenty, o których mowa w § 23.
4. W Rejestracji pacjent zobowiązany jest złożyć oświadczenie o upoważnieniu określonej osoby do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, adresu i nr telefonu, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
5. Zgoda na udzielenie świadczenia zabiegowego musi być złożona każdorazowo przed rozpoczęciem zabiegu.
6. Rejestratorka po zaewidencjonowaniu pacjenta wskazuje gabinet lekarski i informuje o przewidywanym terminie, w tym o godzinie i kolejności udzielania porady.

7. W pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego.
8. Pacjent zgłaszający się w ramach umowy z NFZ, w przypadku gdy zostaje wpisany na listę osób oczekujących ma prawo do wglądu do ewidencji osób oczekujących.
9. W przypadku konieczności wykonania uzupełniającego badania diagnostycznego, konsultacji specjalistycznej, lub zabiegu w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego – świadczenia te realizowane są niezwłocznie.
10. W trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do uzyskania wszystkich niezbędnych wyjaśnień, dotyczących postawionej diagnozy, a także zaproponowanego leczenia.
11. Na każdym etapie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do złożenia skargi/zażalenia na zachowanie lub czynności personelu przychodni.
12. W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej SPSzW zapewnia pacjentowi:
 - 1) świadczenia zdrowotne,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne niezbędne do wykonania procedury medycznej,
 - 3) pomieszczenie do wykonania procedury odpowiednie do stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności pacjenta.

§ 61.

Udzielanie porad ambulatoryjnych rozpoczyna się zgodnie z informacją dotyczącą godzin przyjęć w poszczególnych poradniach, zgłoszoną do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz znajdującą się na tablicy informacyjnej w Rejestracji i na drzwiach poszczególnych gabinetów.

6. Badania diagnostyczne

§ 62.

Badania diagnostyczne służące ustaleniu prawidłowej diagnozy i leczenia pacjenta wykonywane są przez:

- 1) działy diagnostyczne szpitala,
- 2) jednostki zajmujące się diagnostyką poza szpitalem, w sytuacji gdy wykonanie badań w szpitalu nie jest możliwe.

§ 63.

1. Wszystkie badania diagnostyczne wykonywane są wyłącznie na zlecenie lekarzy szpitala i zgodnie z tymi zleceniami.
2. Wszystkie zlecone badania powinny być wykonywane niezwłocznie. W uzasadnionych przypadkach (np. ze względu na konieczność odpowiedniego przygotowania pacjenta, specyfikę badania itp.) badania mogą być wykonywane w terminie późniejszym, ustalonym z pacjentem lub z przedstawicielem ustawowym pacjenta.
3. Wszystkie zlecone badania, z uwagą na zleceniu „pilne” powinny być wykonywane niezwłocznie.

§ 64.

1. Wszystkie wykonywane badania są rejestrowane w odpowiednich Rejestracjach działów diagnostycznych.
2. Wyniki badań pacjentów hospitalizowanych wydawane są osobom upoważnionym przez ordynatora do ich odbioru. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom, ich przedstawicielom ustawowym lub upoważnionym pracownikom odpowiednich poradni.
3. Wyniki badań nie mogą być wydawane osobom postronnym.
4. Każdy wynik badania diagnostycznego jest podpisywany przez wykonawcę tego badania.

§ 65.

1. Rodzaje badań diagnostycznych, które powinny być wykonane, ustala lekarz prowadzący, w zakresie niezbędnym do prawidłowego diagnozowania i leczenia.
2. Do badania lub pobrania materiału do badań pacjent powinien być odpowiednio przygotowany pod względem fizycznym i psychicznym oraz zgodnie z procedurami medycznymi.

§ 66.

Wszystkie działy diagnostyczne są obowiązane do ścisłego przestrzegania procedur dotyczących identyfikacji pacjentów i materiałów do badań.

§ 67.

1. Badania diagnostyczne – radiologiczne są wykonywane:
 - 1) w pracowniach Działu Diagnostyki RTG – u pacjentów skierowanych na badanie, w ramach leczenia ambulatoryjnego, pomocy doraźnej lub pacjentów hospitalizowanych,
 - 2) w razie konieczności w oddziałach przy łóżku pacjenta,
 - 3) w razie konieczności na bloku operacyjnym w czasie zabiegu operacyjnego.
2. Pacjent hospitalizowany jest przyprowadzany lub przewożony z oddziału do Działu Diagnostyki RTG pod opieką pielęgniarki lub sanitariusza i odbierany po badaniu.
3. Pacjentowi przebywającemu w Dziale Diagnostyki RTG zapewnia się stałą opiekę medyczną, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjenta.
4. Badania radiologiczne pacjentów hospitalizowanych wykonywane są według ustalonego planu, na podstawie wcześniejszych zgłoszeń z oddziałów.
5. Wyniki badań wydawane są przez Rejestrację radiologiczną. Opis badania wydawany jest niezwłocznie, w uzasadnionych przypadkach najpóźniej następnego dnia po jego wykonaniu.
6. Dział Diagnostyki RTG zapewnia dostępność badań radiologicznych przez całą dobę.

§ 68.

1. Pobieranie materiału do badań pacjentów leczonych ambulatoryjnie odbywa się w Punkcie Pobrań od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰ – 11⁰⁰ oraz w sytuacji pilnych po telefonicznym uzgodnieniu w godz. 11⁰⁰ – 13⁰⁰.
2. Pobieranie krwi i innych materiałów do badań pacjentów hospitalizowanych dokonywane jest w oddziałach według szczegółowych procedur opracowanych przez Kierownika Laboratorium Centralnego.
3. Przestrzega się ściśle procedur dotyczących postępowania z materiałami i stosowania odpowiednich urządzeń w celu zapobieżenia kontaminacji materiałów do badań.
4. Laboratorium zapewnia dostępność badań analitycznych od poniedziałku do piątku w godzinach: 7⁰⁰ – 19⁰⁰, Pracownia Mikrobiologiczna od poniedziałku do soboty w godzinach: 7⁰⁰ – 14³⁵.
5. Zabezpieczenie wykonywania badań poza rutynowymi godzinami Laboratorium Centralnego powierzono laboratorium wyłonionemu w drodze konkursu ofert: ALAB laboratoria Sp. z o. o. (badania realizowane są w godzinach od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta na podstawie załącznika nr 1 z umowy).
6. Szczegółowe wytyczne w przedmiotowej sprawie reguluje Zarządzenie Nr 63/2013 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie z dnia 26.08.2013 r. w sprawie organizacji pracy Laboratorium Centralnego i zabezpieczenia potrzeb w zakresie realizacji badań laboratoryjnych w trybie całodobowym wraz z Aneks nr 1 z dnia 07.01.2014 r.

§ 69.

1. Pracownicy laboratorium są zobowiązani ściśle przestrzegać procedur zabezpieczania i ewidencji środków toksycznych oraz innych środków znajdujących się w wykazie substancji szkodliwych.
2. Laboratorium prowadzi codzienną, bieżącą, kompleksową kontrolę jakości wyników badań analitycznych, w oparciu o najnowocześniejsze wytyczne w tej dziedzinie i jest zobowiązane prowadzić w tym zakresie odpowiednią dokumentację.
3. Wprowadzenie nowych rodzajów badań diagnostycznych możliwe jest wyłącznie za zgodą Dyrekcji Szpitala.

§ 70.

1. Bank Krwi z Pracownią Serologii Transfuzjologicznej, zwany dalej Bankiem Krwi, współpracuje z oddziałami w zakresie zaopatrzenia oddziałów w krew i preparaty krwiopochodne oraz prowadzi diagnostykę niezbędną do prawidłowego leczenia krwią.
2. Bank Krwi zapewnia dostępność badań diagnostycznych przez siedem dni w tygodniu w godzinach: 7⁰⁰ – 19⁰⁰.
3. W godzinach: 19⁰⁰ – 7⁰⁰ zadania Banku Krwi w trybie „cito” na potrzeby pacjentów dorosłych realizuje Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ Terenowa Stacja w Lublinie, na potrzeby pacjentów Noworodków i Wcześnieaków i niemowląt z Oddziału Chorób Zakaźnych Dziecięcych zabezpiecza pracownik Banku Krwi w ramach dyżuru pod telefonem.
4. Grafik osób pełniących dyżur pod telefonem wraz z nr tel. przekazywany jest do oddziałów przez Kierownika Banku Krwi do 28 dnia każdego miesiąca.
5. W godzinach: 19⁰⁰ – 7⁰⁰ rano realizację z zakresu układu krzepnięcia w trybie „cito” zabezpiecza ALAB laboratoria Sp. z o. o. w ramach podpisanej umowy.
6. Szczegółowe wytyczne w przedmiotowej sprawie reguluje Zarządzenie Nr 79/2013 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie z dnia 27.09.2013 r. w sprawie całodobowego zabezpieczenia potrzeb oddziałów szpitalnych w krew i jej składniki oraz wykonywanie badań serologicznych.

§ 71.

1. Pozostałe jednostki diagnostyczne (pracownie) uczestniczą w kompleksowym diagnozowaniu pacjentów, odpowiednio do zakresu ich zadań, zgodnie z wewnętrznymi procedurami.
2. Pracownie diagnostyczne są dostępne w czasie normalnej ordynacji oddziałów w godzinach przyjęć podanych na tablicy informacyjnej i na drzwiach gabinetów diagnostycznych.

7. Pozostałe zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 72.

1. Leczenie farmakologiczne pacjentom hospitalizowanym zapewnia się poprzez:
 - 1) tworzenie odpowiedniego asortymentu leków w Aptece Szpitalnej,
 - 2) poprzez tworzenie niezbędnych zapasów leków w apteczkach oddziałowych.
2. Kierując się zasadą racjonalnego stosowania środków medycznych Zarządzeniem Dyrektora wprowadzony został receptariusz szpitalny oraz powołany Komitet Terapeutyczny.
3. Receptariusz szpitalny tworzy podstawy terapii farmakologicznej prowadzonej w szpitalu.
4. Kierownik Apteki jest zobowiązany do stałej współpracy z oddziałami w zakresie zapewnienia prawidłowego zaopatrzenia w leki i inne materiały medyczne.

§ 73.

1. Szpital zapewnia, na wniosek pacjentów lub ich przedstawicieli ustawowych, możliwość korzystania z posługi religijnej (rzymsko-katolickiej, prawosławnej) zgodnie z normami kodeksu prawa kanonicznego oraz opiekę duszpasterską.
2. Informacje dotyczące możliwości kontaktu z kapłanem szpitalnym znajdują się na tablicach informacyjnych oddziałów oraz na tablicy w Kościele przy szpitalu.

§ 74.

1. Szpital w ramach leczenia zapewnia bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 2) potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
 - 3) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego.
2. W przypadkach nie ujętych w ust. 1. ubezpieczonemu przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od stopnia niepełnosprawności.
3. Szczegółowe wytyczne dotyczące odpłatności za transport sanitarny reguluje *Zarządzenie Nr 32 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie z dnia 24.03.2014 r. w sprawie zasad zlecania transportu sanitarnego pacjentom SPSzW im. Jana Bożego w Lublinie.*

VIII. WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWDIWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA PACJENTÓW I CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA.

§ 75.

1. Szpital zapewnia kompleksowe diagnozowanie i leczenie pacjentów z wykorzystaniem własnych zasobów, a w przypadkach braku pełnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych szpital zawiera stosowne umowy.
2. Umowy zawierane są zgodnie z *ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)*, po przeprowadzeniu procedury na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych, laboratoryjnych, konsultacji specjalistycznych i usług transportu sanitarnego.
3. Umowy o współpracy z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą określają warunki kierowania pacjentów, miejsce udzielania, sposób finansowania świadczeń zdrowotnych.
4. Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne podmioty sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 76.

1. Szpital przystępuje do konkursów ofert organizowanych przez inne jednostki, a po ich rozstrzygnięciu i zawarciu umów, wykonuje świadczenia zdrowotne, w szczególności badania diagnostyczne na rzecz innych jednostek ochrony zdrowia.
2. Szpital zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki laboratoryjnej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im świadczeniami zdrowotnymi w ramach umów z innymi jednostkami.
3. Szpital zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w *ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w zakresie przedmiotu umów z innymi jednostkami.

§ 77.

Leczenie w oddziałach szpitala odbywa się z zapewnieniem pełnego zakresu wymaganej opieki specjalistycznej, a po zakończeniu koniecznego pobytu pacjenta w oddziale zostaje zapewniona:

- 1) kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych na podstawie skierowania we własnych poradniach specjalistycznych lub w poradniach, które zostaną wybrane przez pacjenta np. ze względu na miejsce zamieszkania,
- 2) kontynuacja leczenia w jednostkach o wyższym poziomie referencyjnym, jeśli stan pacjenta tego wymaga, personel oddziału jest zobowiązany wystawić stosowne skierowanie na kontynuację leczenia, uzgodnić pobyt pacjenta w innym ośrodku leczącym oraz uzgodnić transport pacjenta,
- 3) kontynuacja opieki nad pacjentem długotrwale hospitalizowanym, wymagającym stałego nadzoru pielęgniarskiego w zakładach opiekuńczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych, po uzyskaniu zgody pacjenta na umieszczenie w tego typu jednostce. Pracownik szpitala jest zobowiązany do uzgodnienia rodzaju ośrodka oraz miejsca pobytu dla pacjenta wymagającego takiej opieki,
- 4) zapewnienie kontynuacji leczenia i rehabilitacja w ośrodkach uzdrowiskowych poprzez wydawanie stosownych skierowań,
- 5) wystawianie wniosków na sprzęt ortopedyczny i materiały pomocnicze.

§ 78.

Szpital podejmuje współpracę z:

- 1) organami gminy w zakresie powiadamiania o przebywaniu w szpitalu osób małoletnich lub niezdolnych do samodzielnej egzystencji, których opiekun faktyczny lub ustawowy nie odbiera ze szpitala, a proces leczenia został zakończony,
- 2) pracownikiem socjalnym/opiekunem społecznym w celu kontynuacji opieki w środowisku zamieszkania,
- 3) rodziną chorego w zakresie możliwości objęcia opieką pacjenta w miejscu zamieszkania,
- 4) pielęgniarką środowiskową celem objęcia długoterminową opieką domową,
- 5) Ośrodkiem Adopcyjnym w przypadku dzieci pozostawionych w oddziale noworodkowym.

§ 79.

W ramach ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego lekarze obejmujący leczeniem pacjenta zobowiązani są do:

- 1) informowania lekarza kierującego i lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem a kierującego na konsultację specjalistyczną o jej wyniku,
- 2) udzielania informacji na wniosek pacjenta lekarzowi POZ, który skierował podopiecznego do objęcia stałym leczeniem specjalistycznym, o postępie leczenia,
- 3) kierowania do specjalisty z innego zakresu lub szpitala jeśli zachodzi taka konieczność medyczna z kompletem dotychczas wykonanych badań diagnostycznych,
- 4) wystawiania wniosków na sprzęt ortopedyczny i materiały pomocnicze,
- 5) zapewnienie kontynuacji leczenia i rehabilitacji w ośrodkach uzdrowiskowych poprzez wydawanie stosownych skierowań.

IX. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

§ 80.

1. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń oraz świadczeń udzielanych w ramach umów z podmiotami zewnętrznymi jest zorganizowany w sposób, o którym mowa w § 19 – § 74.
2. Proces ten, nie może zakłócać zasady pierwszeństwa pacjentów, na rzecz których realizowane są świadczenia w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zapisy ust. 2. nie dotyczą przyjęć w stanach nagłych, ratujących życie i zdrowie.

X. WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL

§ 81.

1. Szpital realizuje odpłatne świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnego i diagnostyki na rzecz:
 - 1) podmiotów, które zawarły umowy,
 - 2) osób nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
 - 3) (uchylony),
2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne ustalona jest w cenniku wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora stanowiącym Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego, przy czym opłaty określone w cenniku mają charakter maksymalny. W odniesieniu do podmiotów trzecich, na rzecz których Szpital realizuje świadczenia zdrowotne w oparciu o umowę, mogą być stosowane ceny niższe, niż określone w cenniku, konkurencyjne w stosunku do cen występujących na rynku usług medycznych.
3. Regulowanie należności za świadczenia zdrowotne, przez podmioty, które posiadają zawarte umowy, dokonywana jest zgodnie z zapisami tych umów na rachunek Szpitala.
4. W przypadku osób wymienionych w pkt 2), należność może być regulowana poprzez wpłaty na rachunek Szpitala, w Kasie Szpitala, bądź w komórce organizacyjnej realizującej świadczenia zdrowotne.

§ 82.

1. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej poprzez sporządzanie wyciągów, odpisów lub kopii na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, reguluje Zarządzenie Dyrektora stanowiące Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Dokonywanie wpłat odbywa się na rachunek Szpitala, w Kasie Szpitala, bądź w komórce udostępniającej dokumentację.

§ 83.

1. Szpital zawarł umowę z podmiotem wyłonionym w przetargu w zakresie: odbioru zwłok osób zmarłych w szpitalu, bezpłatnego przechowywania w chłodni, mycia zwłok oraz ubierania, wydawania zwłok osobom/instytucjom uprawnionym do pochowania osób zmarłych.
2. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny ustalona jest przez podmiot, z którym Szpital zawarł w umowę.
3. Regulowanie opłat za przechowywanie zwłok pacjenta odbywa się w w/w podmiocie.

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 84.

1. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala.
2. W sprawach nie uregulowanych Regulaminem Organizacyjnym zastosowanie mają odrębne przepisy.
3. Podanie Regulaminu do wiadomości pacjentów następuje poprzez udostępnienie go na stronie internetowej Szpitala www.spszwlublin.pl
4. Postanowienia Regulaminu zostają podane do wiadomości wszystkich zatrudnionych w SPSzW im. Jana Bożego w Lublinie na stronie intranetowej Szpitala <http://192.168.1.4/>
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 roku.