

Załącznik Nr 1
do Uchwały Zarządu Nr 34/429/2025
z dnia 30/10/2025 roku



Szpital Mazowiecki w Garwolinie sp. z o.o.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o.

Garwolin, październik 2025 roku

**ROZDZIAŁ 1
Przepisy ogólne
§ 1**

1. Regulamin organizacyjny Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o., zwanej dalej Spółką określa:
 - 1) firmę, cele i zadania Spółki,
 - 2) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 3) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 4) strukturę organizacyjną Spółki,
 - 5) organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Spółki, samodzielnych stanowisk pracy oraz warunki ich współdziałania,
 - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 7) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 8) wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - 10) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
 - 11) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Spółki,
 - 12) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
2. Ilekroć w Regulaminie Organizacyjnym jest mowa o:
 - 1) Umowie - należy przez to rozumieć umowę Spółki,
 - 2) Prezesie Zarządu - należy przez to rozumieć Prezesa Zarządu Spółki, który jest kierownikiem podmiotu leczniczego,
 - 3) Zarządzie Spółki – należy rozumieć przez to Prezesa Zarządu oraz Członków Zarządu Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o.,
 - 4) Spółce, Szpitalu lub Podmiocie leczniczym – należy przez to rozumieć Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.,
 - 5) Głównym Księgowym - należy przez to rozumieć osobę zatrudnioną w jednostce organizacyjnej, odpowiedzialną za prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 6) Dyrektorze – należy przez to rozumieć Dyrektora ds. Medycznych, upoważnionego przez Zarząd Spółki do koordynowania działalności podległych mu komórek organizacyjnych pionu medycznego oraz reprezentowania zakładów leczniczych podmiotu leczniczego w zakresie wykonywania działalności leczniczej,
 - 7) Zakład leczniczy – należy przez to rozumieć zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.
 - 8) Jednostka organizacyjna – należy przez to rozumieć wyodrębnioną część struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, obejmującą zespół komórek organizacyjnych lub stanowisk pracy, powołaną do realizacji określonych zadań statutowych podmiotu, w szczególności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, działalności administracyjnej, technicznej lub pomocniczej.
 - 9) Komórce organizacyjnej - należy przez to rozumieć wyodrębnioną część jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego wchodzącego w skład podmiotu leczniczego, powołaną do wykonywania określonych zadań operacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych lub realizacji zadań wspomagających działalność leczniczą. Komórka organizacyjna stanowi podstawowy element struktury funkcjonalnej jednostki organizacyjnej.

- 10) Pion medyczny – należy przez to rozumieć zespół komórek organizacyjnych realizujących zadania w zakresie działalności leczniczej Szpitala.
- 11) Pion administracyjny – należy przez to rozumieć i zespół komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za realizację zadań administracyjnych, organizacyjnych, finansowych, prawnych, technicznych i logistycznych, niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania działalności leczniczej i zarządczej Szpitala.
- 12) Samodzielnych stanowiskach pracy – należy przez to rozumieć najmniejsze komórki organizacyjne, utworzone w wypadku konieczności organizacyjnego wyodrębnienia określonej problematyki,
- 13) Świadczeniu zdrowotnym – należy przez to rozumieć działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 14) Lekarzu – należy przez to rozumieć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 24 sierpnia 2004 r.,
- 15) Osobie wykonującej zawód medyczny – należy przez to rozumieć przez to osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
- 16) Pacjencie – należy przez to rozumieć pacjenta w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 17) Dokumentacji medycznej – należy przez to rozumieć dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ 2

Firma, cele i zadania Spółki

§ 2

1. Spółka działa pod nazwą: Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.
2. Spółka wpisana jest do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000336826 oraz do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem 000000025214 i jest podmiotem leczniczym.
3. Siedzibą Spółki jest miasto Garwolin (08-400 Garwolin), Aleja Legionów 11.
4. Spółka działa na podstawie i w oparciu o:
 - 1) Umowę Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod firmą: Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o. z siedzibą w Garwolinie.
 - 2) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799) i przepisów wydawanych na jej podstawie.
 - 3) Inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności:
 - a) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146) i akty wykonawcze wydane na jej podstawie,
 - b) Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917) i akty wykonawcze wydane na jej podstawie,
 - c) Ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581),
 - d) Ustawę z dnia 15 września 2000 roku Kodeks spółek handlowych (t.j. Dz. U.

z 2024 r. poz. 18 z późn. zm.).

- 4) Regulamin organizacyjny,
- 5) Regulamin pracy,
- 6) Regulamin wynagradzania
- 7) inne przepisy wewnętrzne obowiązujące w Spółce.

§ 3

1. Zadaniem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących ratowaniu, zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz promocja zdrowia, w tym prowadzenie działalności mającej na celu zapobieganie powstawaniu chorób poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania.
2. Do podstawowych zadań Spółki zapewniających realizację celów, o których mowa w ust. 1 należy:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, świadczeń innych niż szpitalne oraz świadczeń ambulatoryjnych,
 - 2) udzielanie świadczeń konsultacyjnych i orzeczeniowych w dziedzinie rehabilitacji, psychiatrii i neurologii,
 - 3) realizacja zadań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
 - 4) prowadzenie profilaktyki zdrowotnej oraz działań leczniczo – rehabilitacyjnych,
 - 5) współdziałanie z innymi podmiotami w zakresie prowadzenia szkoleń i doskonalenia osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie uzgodnionych programów określonych w stosownych porozumieniach i umowach.
3. Spółka może uczestniczyć w kształceniu i przygotowaniu osób do wykonywania zawodu lekarza, psychologa, psychoterapeuty, pielęgniarki oraz innych zawodów medycznych, na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
4. Spółka może współpracować w ramach stosownych umów ze specjalistycznymi podmiotami leczniczymi (szpitale, instytuty, centra badawcze, spółdzielnie, indywidualne praktyki lekarskie itp.).
5. Spółka może prowadzić badania naukowe i prace badawczo-rozwojowe oraz uczestniczyć w realizacji celów naukowych, badawczych lub dydaktycznych uczelni medycznych, uczelni prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych, w tym w eksperymentach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także współpracować z ośrodkami medycznymi i naukowymi za granicą Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Spółka może wykonywać działalność gospodarczą w zakresie:
 - 1) usług zdrowotnych oraz diagnostycznych,
 - 2) wynajmu i dzierżawy pomieszczeń i gruntów,
 - 3) wynajmu i użyczenia aparatury i sprzętu medycznego oraz sprzętu użytkowego.
7. Spółka realizuje zadania związane z:
 - 1) obronnością kraju, które są przygotowywane na czas zagrożenia państwa oraz czas wojny, w oparciu o obowiązujące akty prawne,
 - 2) ochroną informacji niejawnych w oparciu o istniejące akty prawne,
 - 3) ochroną danych osobowych w oparciu o istniejące akty prawne.
8. Zarząd Spółki może określić, w drodze uchwały, szczegółowe zasady postępowania, standardy oraz procedury obowiązujące w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładów leczniczych, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego w aspekcie organizacyjnym, diagnostyczno-leczniczym i administracyjno-gospodarczym.
9. Regulacje wewnętrzne wynikające z funkcjonowania Szpitala wydawane są przez Prezesa

Zarządu lub inną osobę przez niego upoważnioną między innymi w formie:

- a) zarządzeń,
- b) poleceń służbowych,
- c) komunikatów.

ROZDZIAŁ 3

Zakres zadań Zarządu i innych komórek

§ 4

1. Zarząd kieruje i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Zarząd samodzielnie podejmuje decyzje w zakresie zarządzania Szpitalem, niezastrzeżone w Umowie oraz obowiązujących przepisach na rzecz innych organów i ponosi za nie odpowiedzialność w zakresie określonym przepisami prawa.
3. Prezes Zarządu jest przełożonym wszystkich osób pozostających w stosunku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w Szpitalu.
4. Zarząd jest przełożonym wszystkich osób pozostających w stosunku zatrudnienia na podstawie umowy cywilno-prawnej w Szpitalu.
5. Zarząd Spółki może upoważnić osoby, o których mowa w § 6 do wykonywania niektórych uprawnień zwierzchnika względem pracowników oraz kierowników komórek organizacyjnych Spółki.

§ 5

1. Do zadań **Zarządu** należy w szczególności:

- 1) zarządzanie Szpitalem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, działalności administracyjnej, gospodarki finansowej, gospodarki zasobami ludzkimi oraz zarządzanie infrastrukturą,
- 2) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań wynikających z umowy Szpitala,
- 3) wytyczanie kierunków strategii rozwoju Szpitala oraz ich realizacja,
- 4) prowadzenie polityki kadrowej w zakresie umów cywilno-prawnych,
- 5) gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
- 6) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
- 7) podejmowanie decyzji o tworzeniu, przekształcaniu bądź likwidacji komórek organizacyjnych działalności podstawowej na zasadach wynikających ze statutu oraz ustawy o działalności leczniczej i odrębnych przepisów,
- 8) powoływanie w drodze zarządzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów doradczych,
- 9) wykonywanie innych zadań wynikających ze statutu oraz odrębnych przepisów.

2. Do zadań **Prezesa Zarządu** należy w szczególności:

- 1) prowadzenie polityki kadrowej,
- 2) wykonywanie uprawnień zwierzchnika służbowego wobec osób zatrudnionych w Szpitalu,
- 3) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy.

§ 6

Zarząd wykonuje swoje zadania w szczególności przy pomocy:

- 1) Głównego Księgowego,
- 2) Dyrektora ds. Medycznych,
- 2) Kierowników komórek organizacyjnych administracyjnych i medycznych,
- 3) Ordynatorów/ Kierowników Oddziałów/ Poradni/ Pracowni
- 4) Radcy prawnego,
- 5) Pielęgniarki Koordynującej,
- 6) Pielęgniarek Oddziałowych,

7) osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.

§ 7

1. **Główny Księgowy** sprawuje nadzór nad gospodarką finansową Spółki, w celu zapewnienia prawidłowego wykonywania zadań, należytej jakości świadczonych usług oraz osiągnięcia optymalnych efektów ekonomicznych.
2. Do zadań **Głównego Księgowego** należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości Spółki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, standardami rachunkowości i przyjętą polityką rachunkowości,
 - 2) sporządzanie sprawozdań finansowych, deklaracji podatkowych oraz innych raportów wymaganych przepisami prawa lub wewnętrznymi regulacjami Spółki,
 - 3) sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem ksiąg rachunkowych, prawidłowym obiegiem dokumentów finansowo-księgowych oraz kontrolą ich rzetelności.
 - 4) nadzór nad ewidencją majątku trwałego, wartości niematerialnych i prawnych oraz nad rozliczeniami amortyzacyjnymi,
 - 5) zapewnienie prawidłowej gospodarki środkami trwałymi oraz skuteczne zarządzanie środkami trwałymi Spółki,
 - 6) zapewnienie terminowego regulowania zobowiązań podatkowych, składkowych oraz innych obciążeń publicznoprawnych,
 - 7) prowadzenie spraw związanych z naliczaniem i księgowaniem wynagrodzeń pracowników oraz innych należnych publicznoprawnych,
 - 8) organizowanie, nadzorowanie i kontrola pracy podległych pracowników Działu Finansowego,
 - 9) opracowywanie i aktualizacja wewnętrznych procedur finansowo-księgowych oraz nadzór nad ich stosowaniem (m.in. polityka rachunkowości, instrukcja obiegu dokumentów finansowych),
 - 10) współpraca z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności bankami, urzędami skarbowymi, ZUS, biegłymi rewidentami, audytorami oraz organami kontrolnymi,
 - 11) przygotowywanie analiz, prognoz i informacji finansowych na potrzeby Zarządu, Rady Nadzorczej oraz innych organów nadzoru właścicielskiego,
 - 12) zapewnienie zgodności gospodarki finansowej z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami gospodarności, celowości i efektywności,
 - 13) przygotowywanie i opiniowanie wniosków o wszczęcie postępowań w zakresie kompetencji działu (np. zakupy, usługi finansowe, audyt),
 - 14) monitorowanie i kontrola stanu środków trwałych, w tym przeprowadzanie okresowych inwentaryzacji, analiz kosztów utrzymania i rekomendowanie działań optymalizacyjnych,
 - 15) przygotowywanie projektów planów finansowych, budżetów i prognoz finansowych Spółki oraz kontrola ich realizacji,
 - 16) nadzór nad płynnością finansową Spółki i efektywnym zarządzaniem środkami pieniężnymi,
 - 17) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki oraz Prezesa Zarządu.

§ 8

1. **Dyrektor ds. Medycznych** sprawuje nadzór nad jednostkami/komórkami organizacyjnymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu świadczonych usług oraz możliwie najlepszych efektów ekonomicznych.
2. **Do obowiązków Dyrektora ds. Medycznych** należy w szczególności:
 - 1) planowanie i koordynowanie działalności medycznej w tym organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy podległych mu komórek organizacyjnych w celu zapewnienia należytej opieki zdrowotnej na terenie działania zakładów leczniczych Podmiotu leczniczego,

- 2) realizacja i nadzór nad wykonywaniem umów zawartych przez Spółkę na świadczenia zdrowotne, w szczególności umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami finansującymi świadczenia zdrowotne, a także udział w procesie kontraktowania świadczeń z NFZ – obejmujący udział w przygotowywaniu ofert, analizowanie potrzeb zdrowotnych, negocjowanie warunków oraz nadzór nad prawidłową realizacją kontraktów,
- 3) planowanie i nadzorowanie jakości usług medycznych, w tym prawidłowość rozpoznania schorzeń pacjentów oraz odpowiedni dobór metod leczenia,
- 4) określenie celów i zadań dla poszczególnych komórek organizacyjnych wykonujących świadczenia zdrowotne,
- 5) inicjowanie zadań zmierzających do zwiększenia lub poprawy świadczonych usług w tym dbanie o zabezpieczenie w niezbędny sprzęt medyczny,
- 6) opracowywanie wniosków i dokumentów, w tym udział w przetargach oraz w konkursach;
- 7) uczestniczenie w zawieraniu umów na realizację świadczeń zdrowotnych,
- 8) nadzorowanie doboru, szkolenia i pracy podległego personelu,
- 9) sprawowanie nadzoru nad zbiorczą dokumentacją medyczną i dokumentacją medyczną indywidualną, w tym systematyczna ich kontrola,
- 10) kontrola gospodarki lekowej poprzez Pielęgniarkę Koordynującą,
- 11) analiza materiałów sprawozdawczych i ocena fachowa działalności podległych komórek organizacyjnych,
- 12) kontrola wydatków i dbałość o optymalizację kosztów działalności jednostki,
- 13) udział w kształtowaniu polityki finansowej Podmiotu leczniczego,
- 14) określanie strategii rozwoju praktyki lekarskiej i pielęgniarskiej w Szpitalu,
- 15) zapewnienie współdziałania podległych komórek organizacyjnych w celu skutecznej realizacji zadań i osiągnięcia celów Spółki,
- 16) udział w tworzeniu procedur medycznych w zakresie swoich kompetencji oraz nadzór nad ich realizacją,
- 17) rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących organizacji i udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- 18) wykonywanie innych czynności zleconych przez Zarząd Spółki.

§ 9

1. **Pielęgniarka Koordynująca** odpowiada za organizację, koordynowanie, monitorowanie i nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, we współpracy z Dyrektorem ds. Medycznych i kierownikami medycznych komórek organizacyjnych działalności podstawowej.
2. Do zadań **Pielęgniarki Koordynującej** należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie organizacyjnej efektywności i sprawności funkcjonowania opieki pielęgniarskiej w Szpitalu,
 - 2) nadzór, kontrola i koordynowanie pracy podległego personelu,
 - 3) koordynowanie wykonywania zadań przez Pielęgniarki Oddziałowe,
 - 4) nadzór nad zwalczaniem zakażeń wewnątrzszpitalnych,
 - 5) nadzór i kontrola nad gospodarką środkami i wyrobami medycznymi
 - 6) planowanie i optymalizacja zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji w powierzonym obszarze zadań,
 - 7) nadzór i kontrola nad właściwym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel,
 - 8) uczestnictwo w kontrolach przeprowadzanych przez służby Sanitarno-Epidemiologiczne,
 - 9) współpraca z ośrodkami kształcenia personelu medycznego innego niż lekarze, w tym ratowników medycznych, opiekunów dziecięcych, sanitariuszy i pielęgniarek, oraz

- nadzór nad zawieraniem ze szkołami i uczelniami umów w zakresie praktycznej nauki zawodu i praktyk wakacyjnych studentów,
- 10) sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań w obszarze usług pomocniczych, obejmujących w szczególności pralnię, żywienie, laboratorium oraz utrzymanie czystości.
 - 11) współpraca z Warszawską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim,
 - 12) przygotowywanie wniosków na wszczęcie postępowań w obszarze swoich kompetencji.
 - 13) tworzeniu procedur medycznych w zakresie swoich kompetencji oraz nadzór nad ich realizacją,
 - 14) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd, Dyrektora ds. medycznych.

§ 10

Do zadań **Ordynatora/ Kierownika Oddziału/ Centrum/ Poradni/Pracowni** należy w szczególności:

- 1) wspólne kompetencje, które obejmują zadania i odpowiedzialności przypisane do tych komórek:
 - a) kierowanie strukturą organizacyjną i powierzonym obszarem zadań, zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
 - b) planowanie, koordynowanie i nadzorowanie działalności jednostki, w tym realizacji zawartych umów na świadczenia zdrowotne,
 - c) monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu, w tym nadzór nad doborem, rozwojem i motywacją pracowników oraz optymalizacja działalności,
 - d) kontrola wydatków i dbałość o optymalizację kosztów działalności jednostki.
 - e) dbanie o właściwą eksploatację i zabezpieczenie powierzonego majątku, sprzętu i wyposażenia,
 - f) nadzór nad przestrzeganiem zasad etyki lekarskiej, tajemnicy lekarskiej, praw pacjenta oraz stosowania zasad współdecydowania o sposobie leczenia,
 - g) prowadzenie i nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej, jej terminowym i rzetelnym przygotowaniem oraz sporządzaniem sprawozdań,
 - h) zarządzanie gospodarką lekami, produktami medycznymi, artykułami sanitarnymi i środkami dezynfekcyjnymi, w tym przestrzeganie zasad prawidłowego przechowywania i wydawania,
 - i) nadzór nad prawidłowością rozliczeń świadczeń zdrowotnych,
 - j) wnioskowanie o zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej,
 - k) dbałość o racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych, ,
 - l) reprezentowanie jednostki w relacjach z innymi strukturami organizacyjnymi podmiotu leczniczego,
 - m) podejmowanie decyzji z zakresu działalności kierowniczej jednostką,
 - n) zapewnienie przestrzegania regulaminów, zarządzeń i zasad obowiązujących w Spółce i jednostce,
 - o) nadzór nad stałym i systematycznym podnoszeniem kwalifikacji personelu,
 - p) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i personelu w jednostce,
 - q) udzielanie świadczeń konsultacyjnych w ramach własnej specjalności.
 - r) podejmowanie działań w zakresie motywacji, nagradzania i karania pracowników,
 - s) koordynowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług i realizację polityki jakości,
 - t) realizacja zaleceń pokontrolnych, zarówno zewnętrznych, jak

- i wewnętrznych,
 - u) wdrażanie zarządzeń, poleceń służbowych Dyrektora ds. medycznych, Zarządu Spółki oraz Prezesa Zarządu,
 - v) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd, Prezesa Zarządu, lub Dyrektora ds. medycznych.
- 2) Każda komórka organizacyjna zarządza własnym obszarem działalności, dbając o jakość usług, efektywność, bezpieczeństwo oraz zgodność z obowiązującymi regulaminami i standardami. Zapewniając spójność i wysoką jakość świadczonych usług medycznych w ramach całego podmiotu leczniczego.

§ 11

1. Do zadań **kierowników komórek organizacyjnych administracyjnych** należą w szczególności:
- 1) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
 - 2) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej,
 - 3) kontrola wydatków oraz dbałość o optymalizację kosztów ponoszonych w związku z działalnością komórki,
 - 4) dbałość o właściwą eksploatację i zabezpieczenie powierzonego majątku;
 - 5) realizacja i wdrażanie uchwał organów Spółki oraz zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Zarządu Spółki oraz Prezesa Zarządu,
 - 6) wnioskowanie w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
 - 7) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Spółkę;
 - 8) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych,
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki,
2. Kierownika komórki organizacyjnej zastępuje, w razie jego nieobecności, wyznaczony pracownik.

§ 12

Radca prawny realizuje zadania określone w ustawie z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1166 ze zm.), w szczególności wykonuje obsługę prawną Spółki, obejmującą udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii i projektów aktów prawnych, a także reprezentowanie Spółki przed sądami, organami administracji publicznej i innymi instytucjami, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa.

ROZDZIAŁ 4 Struktura organizacyjna

§ 13

- 1. Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o. prowadzi swoją działalność w oparciu o pracowników medycznych, administracyjnych i pracowników obsługi zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów o pracę lub umów cywilno-prawnych.
- 2. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą komórki organizacyjne administracyjne, komórki organizacyjne medyczne, samodzielne stanowiska pracy, zakłady medyczne.
- 3. Komórki organizacyjne administracyjne oraz samodzielne stanowiska pracy tworzą pion administracyjny i zalicza się do nich:
 - 1) Główny Księgowy (GK),
 - Dział finansowy (DF),

- 2) Biuro Zarządu (BZ),
- 3) Dział inwestycyjno – eksploatacyjny (DIE),
- 4) Dział prawny i zamówień publicznych (DPZ),
- 5) Archiwum zakładowe (AZ),
- 6) Samodzielne stanowiska pracy:
 - a) Specjalista ds. BHP (BHP),
 - b) Specjalista ds. obronnych (PO),
 - c) Inspektor ochrony danych osobowych (IOD),
 - d) Pełnomocnik ds. informacji niejawnych (PIN),
 - e) Pełnomocnik ds. bezpieczeństwa informacji (PBI),
 - f) Koordynator ds. zgłoszeń wewnętrznych (KZW),
 - g) Kapelan (K).
4. Komórki organizacyjne medyczne oraz samodzielne stanowiska pracy tworzące pion medyczny i zalicza się do nich:
 - 1) Dział organizacji leczenia, informatyki i statystyki medycznej (DOS),
 - 2) Pielęgniarka Koordynująca (PK),
 - Dział Dietetyki i Higieny szpitalnej (DDH),
 - 3) Specjalista ds. jakości leczniczej (PJ),
 - 4) Zespół ds. zakażeń szpitalnych (DZS),
 - 5) Oddział nerwic młodzieżowych (D3),
 - 6) Ośrodek rehabilitacji i terapii psychiatrycznej dla osób z podwójną diagnozą (D10),
 - 7) Oddział terapii całościowych zaburzeń rozwojowych (D11);,
 - 8) Oddział dzienny rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego, logopedii i foniatry (D2),
 - 9) Pracownia EEG (D7),
 - 10) Pracownia Fizjoterapii (D13),
 - 11) Pracownia Fizykoterapii (D14),
 - 12) Pracownia Kinezyterapii dla dorosłych (D15),
 - 13) Pracownia Kinezyterapii dla dzieci (D16),
 - 14) Oddział dzienny rehabilitacji dorosłych i dzieci (D17),
 - 15) Oddział dzienny całościowych zaburzeń rozwojowych (D18),
 - 16) Poradnia autystyczna (D33),
 - 17) Punkt Przyjęcia Pacjenta (D34).
5. Pion administracyjny, o którym mowa w ust. 3 podlega bezpośrednio Zarządowi Spółki.
6. Pion medyczny o którym mowa w ust. 4 podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. medycznych, który sprawuje nad nim nadzór merytoryczny i związany z organizacją wewnętrzną.
7. Pion medyczny w zakresie działalności opieki pielęgniarskiej podlega bezpośrednio Pielęgniarce Koordynującej, która podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. medycznych.
8. Dział Finansowy podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu, który sprawuje nad nim nadzór merytoryczny i związany z organizacją wewnętrzną.
9. Oddziałami/ Ośrodkami/ Centrum Poradniami i Pracowniami kierują Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów, Poradni i Pracowni.
10. Ordynatorzy/Kierownicy ponoszą odpowiedzialność za całokształt pracy podległej komórki organizacyjnej.
11. Kierownik/ Ordynator komórki organizacyjnej, na czas swojej nieobecności, wyznacza osobę do pełnienia funkcji zastępcy (zastępującego) kierownika/ ordynatora, której deleguje swoje obowiązki i kompetencje.
12. Wyznaczenie osoby do pełnienia funkcji zastępcy wymaga akceptacji Zarządu Spółki lub Dyrektora ds. medycznych.
13. Zarząd Spółki i Dyrektor ds. medycznych mogą sami wyznaczyć osobę do pełnienia funkcji

- zastępcy Kierownika/ Ordynatora poszczególnej komórki organizacyjnej.
14. Dział Dietetyki i Higieny szpitalnej podlega bezpośrednio Pielęgniarsce Koordynująca, która sprawuje nad nim nadzór merytoryczny i związany z organizacją wewnętrzną.
 15. Kierownik Centrum Rehabilitacji i Terapii oraz Oddział dzienny rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego, logopedii i foniatrii za zgodą Zarządu może mieć wyznaczoną osobę do pełnienia funkcji jego zastępcy.
 16. Pielęgniarsce Oddziałowej podlega personel pielęgniarski oraz pozostały personel opiekun medyczny/dziecięcy, sanitariusz, ratownik medyczny.
 17. Zarządowi podlegają osoby zatrudnione na stanowiskach określonych w odrębnych przepisach.
 18. W godzinach popołudniowych i nocnych w dni robocze, a także w niedziele, święta oraz inne dni wolne od pracy, bezpośredni nadzór merytoryczny i organizacyjny nad działalnością medycznych komórek organizacyjnych oraz pracą personelu sprawuje lekarz pełniący dyżur medyczny. Lekarz ten jest upoważniony do podejmowania działań w zakresie ochrony życia i zdrowia pacjentów oraz bezpieczeństwa personelu w sytuacjach nagłych dotyczących Szpitala, wymagających niezwłocznego podejmowania decyzji, w porozumieniu z Zarządem lub Dyrektorem.

§ 14

Struktura organizacyjna Podmiotu leczniczego przedstawia Schemat stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ 5

Zakres zadań komórek organizacyjnych spółki

§ 15

Do wspólnych zadań wszystkich komórek organizacyjnych Spółki oraz osób zajmujących samodzielne stanowiska pracy należy w szczególności:

- 1) realizacja świadczeń zdrowotnych i zadań przydzielonych danej komórce organizacyjnej w oparciu o powszechnie obowiązujące przepisy prawa, oraz niniejszy Regulamin,
- 2) dbałość o należyty wizerunek Spółki,
- 3) inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań Spółki,
- 4) opracowywanie wniosków do projektów rocznego i wieloletniego planu finansowego i inwestycyjnego Spółki, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz innych programów przyjętych w Spółce,
- 5) działanie na rzecz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych na zadania realizowane przez daną komórkę organizacyjną,
- 6) opracowywanie sprawozdań z wykonanych działań, zleconych przez Zarząd Spółki oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
- 7) opracowywanie projektów odpowiedzi na pisma właściwych organów administracji publicznej w zakresie zadań danej komórki,
- 8) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Spółki w celu realizacji zadań wymagających uzgodnień między nimi,
- 9) prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności Spółki w zakresie działania danej komórki organizacyjnej,
- 10) rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej,
- 11) udzielanie informacji publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- 12) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej,
- 13) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji,

- 14) wykonywanie innych czynności określonych w poszczególnych zarządzeniach Zarządu Spółki lub jego poleceń.

§ 16

Komórki organizacyjne administracje podległe **Zarządowi** realizują następujące zadania:

1) **Biura Zarządu** - w szczególności:

- a) realizacja polityki kadrowej szpitala,
- b) prowadzenie pracowniczych akt osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- c) przygotowanie dokumentów związanych z nawiązaniem stosunku pracy łączących pracownika i pracodawcę,
- d) współtworzenie polityki personalnej w zakresie zarządzania pracownikami Szpitala, rekrutacji oraz współpraca z Inspektorem BHP,
- e) prowadzenie w formie elektronicznej ewidencji nieobecności w pracy zgodnie z grafikami tj. ilość dni i godzin (urlopy, zwolnienia lekarskie),
- f) udział w sporządzaniu i wydawanie świadectw pracy oraz ich duplikatów,
- g) kserowanie i przygotowywanie kopii akt osobowych na żądanie pracownika,
- h) wystawianie zaświadczeń,
- i) przekazywanie akt osobowych zwalnianych pracowników do Archiwum, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- j) przygotowywanie materiałów do sprawozdań statystycznych,
- k) comiesięczne przygotowywanie list obecności dla wszystkich pracowników Szpitala i sprawdzanie ewidencji czasu pracy,
- l) sprawdzenie poprawności rozliczenia czasu pracy przez kierowników komórek organizacyjnych i zgłaszanie ewentualnych uwag w odniesieniu do zgodności z przepisami prawa pracy,
- m) wykonywanie czynności związanych z działalnością Komisji Socjalnej i współpraca ze związkami zawodowymi w tym zakresie,
- n) udział w sporządzaniu umów cywilno-prawnych i ich ewidencja,
- o) sporządzanie wykazów pracowników w celu potwierdzenia wykonanych badań okresowych oraz comiesięczne wystawienia terminowych skierowań na badania okresowe,
- p) przygotowanie planu szkoleń dla pracowników pionu administracji oraz nadzór nad jego realizacją,
- q) przygotowywanie projektów regulaminów i zarządzeń dotyczących organizacji pracy w Spółce (regulaminów wynagradzania –w tym premiowania),
- r) przygotowywanie zestawień zawierających ilość dni i godzin należnego urlopu wypoczynkowego w danym roku kalendarzowym, koniecznych do przygotowania planu urlopów przez kierownika komórki organizacyjnej oraz nadzór nad terminowością wykorzystania urlopów zgodnie z planem
- s) przygotowywanie posiedzeń Zarządu, w tym projektów uchwał oraz wniosków kierowanych do właściciela i Rady Nadzorczej;
- t) przygotowywanie i zapewnienie obsługi organizacyjnej posiedzeń Rady Nadzorczej;
- u) przygotowywanie wniosków na wszczęcie postępowań w obszarze swoich kompetencji,
- v) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji,
- w) uczestnictwo w opracowywaniu rocznych planów działalności Spółki oraz sprawozdań Zarządu.
- x) realizacja powierzonych spraw, które nie są zastrzeżone do kompetencji Zarządu, a ponadto nadzorują i kontrolują realizację zadań powierzonych komórkom organizacyjnym, w szczególności poprzez:

- ✓ przygotowywanie szczegółowych danych na temat prowadzonych spraw Zarządu oraz informowanie Prezesa Zarządu o potrzebach i problemach wynikających z bieżącej działalności danego pionu,
- ✓ planowanie realizacji zadań pionu,
- ✓ przygotowywanie pism dotyczących działania podległego pionu, które wymagają zatwierdzenia przez Zarządu,
- ✓ udział w naradach organizowanych przez Zarząd, jak również udział w spotkaniach pracowników jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala
- ✓ występowanie do Prezesa Zarządu z wnioskami dotyczącymi zatrudnienia, awansowania, zmiany wynagradzania oraz warunków pracy podległych osób pozostających w stosunku zatrudnienia,
- ✓ występowanie do Prezesa Zarządu z wnioskami dotyczącymi udzielania kar oraz rozwiązywania stosunku zatrudnienia osób w ramach podległego pionu,
- ✓ zatwierdzanie zakresów czynności pracowników pozostających w stosunku podporządkowania,
- ✓ przygotowywanie szczegółowych raportów dotyczących pracy pionu w zakresie i terminach określonych przez Zarząd.

2) **Dział Finansowy** – w szczególności:

- a) prowadzi bieżącą ewidencję operacji gospodarczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- b) sporządza deklaracje podatkowe, raporty finansowe, zestawienia i analizy wymagane przez organy nadzoru i kierownictwo Spółki,
- c) prowadzi ewidencję kosztów, należności i zobowiązań, monitoruje płatności i windykację należności,
- d) dokonuje kontroli formalno-rachunkowej dokumentów,
- e) uczestniczy w opracowywaniu planów finansowych, analizach ekonomicznych i kontrolingu,
- f) współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie obiegu dokumentów finansowych i rozliczeń,
- g) zapewnia prawidłową archiwizację dokumentacji księgowej,
- h) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji.
- i) prowadzenie rejestru delegacji służbowych,
- j) Prowadzenie rachunkowości i ewidencji finansowej Spółki, w tym: dekretowanie dowodów księgowych i ewidencjonowanie dokumentów w systemie teleinformatycznym Spółki, prowadzenie ewidencji kosztów w układzie rodzajowym i kalkulacyjnym, analiza kont rachunkowych, prowadzenie ewidencji środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz pozostałych składników majątkowych Spółki, nadzorowanie spraw związanych z ubezpieczeniem i dochodzenie odszkodowań, naliczanie amortyzacji oraz sporządzanie dokumentacji związanej z przyjęciem, likwidacją lub przekazaniem środków trwałych, prowadzenie spraw związanych ze środkami trwałymi oraz sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- k) Sporządzanie sprawozdań i rozliczeń finansowych, w tym: sporządzanie sprawozdań finansowych, bilansów oraz rachunku zysków i strat, sporządzanie deklaracji podatkowych, sprawozdań do instytucji zewnętrznych oraz analiz i raportów wewnętrznych, przygotowywanie projektu planu rzeczowo-finansowego i jego aktualizacji, opracowywanie sprawozdania Zarządu z działalności Spółki.

- l) Obsługa rozliczeń i wynagrodzeń, w tym:
naliczanie i księgowanie wynagrodzeń pracowników oraz współpracowników Spółki, przygotowywanie druku Rp-7, zgłaszanie nowozatrudnionych osób, wyrejestrowywanie osób zwolnionych oraz sporządzanie korekt w programie „Płatnik”.
 - m) Ewidencja i obrót finansowy, w tym:
wystawianie faktur sprzedażowych i prowadzenie dokumentacji związanej z obrotem finansowym,
weryfikacja formalno-rachunkowa faktur kosztowych i sprzedażowych,
monitorowanie płatności, przygotowywanie przelewów i obsługa systemu bankowości elektronicznej,
prowadzenie rozliczeń z kontrahentami.
 - n) Prowadzenie kasy Spółki, w tym:
obsługa kasy zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami Spółki,
dokonywanie rozliczeń kasowych i sporządzanie raportów kasowych,
przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat na podstawie odpowiednich dokumentów zatwierdzonych przez Zarząd.
 - o) Nadzór nad obiegiem dokumentów i współpraca wewnętrzna, w tym:
nadzór nad elektronicznym obiegiem dokumentów finansowo-księgowych
kontrola terminowości akceptacji i dekretacji dokumentów,
koordynacja przekazywania dokumentów do księgowania, współpraca z biurem rachunkowym oraz innymi działami Spółki w zakresie kompletności i poprawności dokumentacji, opracowanie i nadzór nad instrukcją obiegu dokumentów finansowych.
 - p) Przygotowanie do wewnętrznego prowadzenia pełnej księgowości Spółki, w tym:
udział w procesie organizacyjnym i dokumentacyjnym związanym z przejściem obsługi księgowej od biura rachunkowego, wdrażanie procedur, systemów i rozwiązań organizacyjnych niezbędnych do samodzielnego prowadzenia księgowości.
 - q) Sporządzanie cyklicznych zestawień, analiz i raportów finansowych na potrzeby Zarządu i innych komórek organizacyjnych.
- 3) **Dział Inwestycyjno- Eksploatacyjnego** - w szczególności:
- a) zapewnienie prawidłowej eksploatacji budynków i środków trwałych Spółki,
 - b) prowadzenie spraw dotyczących realizacji remontów i inwestycji,
 - c) uczestnictwo w koniecznym zakresie w realizowaniu zakupów robót budowlanych w trybie zamówień publicznych,
 - d) prowadzenie bieżącego nadzoru nad eksploatacją aparatury i sprzętu medycznego,
 - e) prowadzenie baz danych sprzętu i aparatury medycznej używanych w komórce oraz prawidłowe zarządzanie nim,
 - f) monitorowanie potencjalnych zagrożeń związanych z eksploatacją urządzeń i aparatury medycznej i przeciwdziałanie nim,
 - g) opracowywanie sprawozdań, analiz i zestawień dotyczących inwestycji oraz gospodarki majątkiem trwałym,
 - h) prowadzenie spraw związanych z aparaturą i urządzeniami medycznymi, w tym prowadzenie dokumentacji eksploatacyjnej (paszporty techniczne) oraz nadzór nad prawidłowością jej prowadzenia.
 - i) prowadzenie ewidencji serwisów, napraw i remontów,
 - j) podejmowanie działań związanych z usuwaniem awarii sprzętu i aparatury medycznej we własnym zakresie lub we współpracy z wykonawcami posiadającymi wymagane uprawnienia do wykonywania prac remontowych, naprawczych lub serwisowych,

- k) prowadzenie postępowania na najem i dzierżawę zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - l) nadzór i rozliczanie ochrony obiektów i terenu Spółki,
 - m) nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem pomieszczeń, budynków i terenu,
 - n) zapewnienie prawidłowej eksploatacji terenu i budynków oraz właściwego ich funkcjonowania.
 - o) planowanie, przygotowywanie i realizacja zadań inwestycyjnych oraz remontowych, prowadzonych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych, a także poza jej reżimem, z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa i wewnętrznych procedur Spółki,
 - p) sporządzanie wniosków niezbędnych do przygotowania zapytań ofertowych oraz prowadzenie działań związanych z rozeznaniem rynku, w tym wskazywanie potencjalnych wykonawców usług, robót budowlanych lub dostaw,
 - q) monitorowanie przebiegu realizowanych zadań inwestycyjnych i remontowych, w szczególności kontrola jakości oraz zgodności z harmonogramami i kosztorysami,
 - r) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Spółki w zakresie planowania i realizacji potrzeb inwestycyjnych oraz racjonalnego wykorzystania majątku,
 - s) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji,
 - t) przygotowywanie wniosków o wszczęcie postępowań w zakresie należącym do właściwości komórki.
- 4) Dział Prawny i Zamówień Publicznych - w szczególności:**
- a) udzielanie porad prawnych, sporządzanie analiz prawnych pracownikom Spółki w zakresie wykonywanych zadań za akceptacją ich przełożonego,
 - b) sporządzanie opinii oraz analiz prawnych,
 - c) opracowywanie oraz sprawdzanie pod względem redakcyjnym i prawnym projektów aktów prawnych, tj.: regulaminów, zarządzeń, uchwał, komunikatów, umów,
 - d) opracowywanie oraz sprawdzanie pod względem redakcyjnym i prawnym projektów pism do podmiotów zewnętrznych, w szczególności Policji, Prokuratury, Sądów oraz innych organów państwowych,
 - e) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o. przed sądami i urzędami (zastępstwo prawne i procesowe),
 - f) upowszechnianie znajomości prawa wśród pracowników,
 - g) prowadzenie samodzielnie spraw przed organami orzekającymi i dbanie o należyte wykorzystanie przewidzianych przez prawo środków dla ochrony uzasadnionych interesów Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o.,
 - h) rozpatrywanie wszelkich pism, które ze względu na merytoryczną treść wymagają szczegółowej analizy;
 - i) udzielanie Zarządowi pomocy prawnej, sporządzanie niezbędnych opinii prawnych dotyczących zagadnień, związanych z działalnością Spółki,
 - j) bieżące zapoznawanie się z obowiązującym stanem prawnym oraz zmianami w zakresie związanym z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala oraz informowanie zainteresowanych o zmianach przepisów, w tym w szczególności Zarządowi,
 - k) przedkładanie informacji Zarządowi dotyczących uchybień w działalności w zakresie przestrzegania prawa i skutków tych uchybień,
 - l) wykonywanie zadań związanych z zamówieniami publicznymi w zakresie usług, dostaw oraz robót budowlanych, jak również zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego jednostki, przy zachowaniu zasad i trybu

- udzielania zamówień publicznych określonych w ustawie Prawo Zamówień Publicznych oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie,
- m) wykonywanie zadań związanych z zamówieniami ofertowymi poniżej progu, zgodnie z wewnętrznymi regulaminami,
 - n) wykonywanie zadań w zakresie opracowywani i ogłaszania konkursów zgodnie z ustawa o działalności leczniczej ,
 - y) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji,
 - o) udzielanie informacji publicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności: przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków o udostępnienie informacji publicznej, przygotowywanie odpowiedzi, prowadzenie i zapewnienie dostępu do informacji w siedzibie jednostki, oraz aktualizacja Biuletynu Informacji Publicznej we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - p) na zlecenie Zarządu wydawanie pełnomocnictw upoważnień oraz ich rejestr
- 4) **Specjalista BHP** - w szczególności:
- a) **w zakresie BHP:**
 - ✓ dokonywanie okresowych kontroli ocen oraz analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ocen przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
 - ✓ merytoryczna ocena przydatności kupowanej odzieży ochronnej, sprzętu ochrony osobistej, urządzeń sanitarnych i sprzętu zapewniającego higienę pracy,
 - ✓ opracowywanie projektów dotyczących warunków i norm wyposażenia pracowników opracowywanie projektów dotyczących warunków i norm wyposażenia pracowników w odzież ochronną i roboczą i sprzęt ochrony osobistej, przeprowadzanie szkoleń pracowników,
 - ✓ czuwanie nad dyscypliną pracy zatrudnionych osób w podległych jednostkach i komórkach organizacyjnych oraz przestrzeganiem przez nich przepisów BHP.
 - ✓ opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji.
- 6) W Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z o.o działa, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L 119 z 4.5.2016) - dalej RODO, **Inspektor Ochrony Danych**.
- Do zadań **Inspektora Ochrony Danych** należy w szczególności:
- a) informowanie Administratora, podmiotu przetwarzającego a także pracowników, którzy przetwarzają dane, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia RODO oraz przepisów krajowych dotyczących ochrony danych oraz doradzanie im w sprawach z zakresu ochrony danych,
 - b) monitorowanie przestrzegania przepisów unijnych i krajowych dotyczących ochrony danych,
 - c) podejmowanie działań zwiększających świadomość; w tym prowadzenie szkoleń personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych; oraz przeprowadzenia audytów w tymże zakresie,
 - d) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 RODO,
 - e) współpraca z organem nadzorczym,
 - f) zawiadomienie Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o zaistnieniu wysokiego ryzyka naruszenie ochrony danych osobowych w terminie 72

godzin od jego stwierdzenia.

- 7) **Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych** - w szczególności:
- a) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
 - b) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
 - c) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka,
 - d) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
 - e) opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji,
 - f) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji,
 - g) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych,
 - h) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających,
 - i) odpowiedzialność za tworzenie i ewidencjonowanie dokumentów niejawnych podmiotu leczniczego,
 - j) prowadzenie ewidencji materiałów i dokumentów niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” przetwarzanych w podmiocie leczniczym,
 - k) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych.
- 8) **Specjalista ds. Obronności** - w szczególności:
- a) opracowywanie i aktualizacja dokumentacji związanej z obronnością Spółki, w tym planów i procedur działania w sytuacjach kryzysowych,
 - b) monitorowanie przepisów prawa i wytycznych organów państwowych w zakresie obronności oraz doradztwo w ich stosowaniu,
 - c) przygotowywanie szkoleń i instruktaży dla pracowników w zakresie obronności, bezpieczeństwa i ochrony informacji niejawnych,
 - d) udział w planowaniu i realizacji ćwiczeń obronnych i ewakuacyjnych na terenie Spółki,
 - e) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych w obszarze swoich kompetencji,
 - f) współpraca z jednostkami administracji państwowej i służbami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo i obronność,
 - g) przygotowywanie sprawozdań, raportów i analiz dotyczących obronności oraz bezpieczeństwa Spółki,
 - h) wspieranie Zarządu i Rady Nadzorczej w zakresie realizacji obowiązków wynikających z przepisów dotyczących obronności.
- 9) **Pełnomocnik ds. bezpieczeństwa informacji** nadzoruje działania komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie funkcjonowania SZBI w celu zapewnienie spójności w zakresie funkcjonowania SZBI - w szczególności poprzez:
- a) koordynowanie przebiegu identyfikacji aktywów informacyjnych i procesu klasyfikacji informacji przetwarzanych w Szpitalu,
 - b) inicjowanie i koordynowanie opracowywania poszczególnych dokumentów SZBI,

- c) formułowanie zaleceń w zakresie doboru i implementacji zabezpieczeń organizacyjnych, fizycznych i technicznych dla informacji przetwarzanych, będących wynikiem analiz ryzyka,
 - d) inicjowanie oraz nadzorowanie działań wdrożeniowych, korygujących i zapobiegawczych w zakresie bezpieczeństwa informacji, w tym koordynację realizacji planów postępowania z ryzykiem w Szpitalu,
 - e) opracowywanie propozycji wdrażania, zmieniania i wycofania mechanizmów bezpieczeństwa oraz opiniowanie możliwości zastosowania odstępstw od zasad określonych w dokumentacji SZBI,
 - f) rozwiązywanie incydentów bezpieczeństwa informacji, w zakresie nie zastrzeżonym do kompetencji innych osób i opracowywanie rekomendacji w zakresie przyszłych działań zaradczych,
 - g) planowanie nakładów finansowych przeznaczonych na realizację zadań strategicznych i operacyjnych w zakresie bezpieczeństwa informacji i przedkładanie Kierownictwu,
 - h) przygotowywanie przeglądów zarządzania,
 - i) współpraca z Inspektorem Ochrony Danych i kierującym komórką organizacyjną.
- 10) **Archiwum Zakładowego** - w szczególności:
- a) prowadzenie archiwum,
 - b) instruowanie komórek organizacyjnych Spółki w zakresie ewidencjonowania dokumentów prowadzonych spraw i przekazywania ich do Archiwum,
 - c) odbieranie przygotowanych akt z poszczególnych komórek organizacyjnych zgodnie z instrukcją,
 - d) ewidencjonowanie, przechowywanie i właściwe zabezpieczenie zdeponowanych do archiwum akt,
 - e) korespondencja z Archiwum Państwowym w zakresie uzyskiwania zgody na brakowanie dokumentacji archiwalnej,
 - f) przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego,
 - g) zapewnienie warunków do przechowywania dokumentacji zgodnie z obowiązującym w przedmiocie przepisami,
 - h) udostępnianie akt do celów służbowych,
 - i) przekazywanie do Archiwum Państwowego niezbędnych danych oraz kopii spisów zdawczo – odbiorczych przyjętych akt kat. A,
 - j) porządkowanie przechowywanej dokumentacji,
 - k) prowadzenie ewidencji przyjętej dokumentacji,
 - l) udostępnianie akt i innej uporządkowanej dokumentacji przechowywanej w archiwum do celów służbowych i naukowych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - m) prowadzenie rejestru udostępniania dokumentacji,
 - n) dbałość o zwrot oryginałów wypożyczonej dokumentacji,
 - o) wycofywanie dokumentacji ze stanu archiwum zakładowego w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej,
 - p) przeprowadzanie skontrum dokumentacji,
 - q) sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności archiwum zakładowego i stanu dokumentacji w archiwum zakładowym,
 - r) zabezpieczanie stanu zasobu archiwalnego, pomieszczeń i mienia.
 - s) opracowywanie oraz bieżąca aktualizacja Instrukcji kancelaryjnej i archiwalnej obowiązującej w Spółce, zgodnie z przepisami prawa oraz wytycznymi właściwych organów.
 - t) przygotowywanie, wdrażanie i aktualizowanie Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt (JRWA), zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi.

- u) nadzór nad prawidłowym stosowaniem Instrukcji archiwalnej oraz JRWA w poszczególnych komórkach organizacyjnych Spółki.
 - v) udzielanie pracownikom wsparcia merytorycznego w zakresie klasyfikacji i kwalifikacji dokumentacji oraz zasad archiwizacji.
 - w) prowadzenie współpracy z archiwum zakładowym w zakresie porządkowania, przechowywania i przekazywania dokumentacji.
 - x) monitorowanie zmian w przepisach dotyczących archiwizacji i kancelarii, a także wdrażanie ich do praktyki organizacyjnej Spółki.
- 11) **Kapelan** wykonuje posługę duszpasterską w oparciu o art. 36 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 12) **Koordinator ds. zgłoszeń wewnętrznych** - w szczególności:
- a) przyjmowanie, rejestrowanie i wstępna weryfikacja zgłoszeń o naruszeniach prawa lub procedur obowiązujących w Spółce, dokonywanych przez pracowników, współpracowników oraz inne osoby uprawnione,
 - b) zapewnienie poufności tożsamości sygnalistów, osób, których zgłoszenia dotyczą, oraz wszelkich informacji uzyskanych w toku postępowania wyjaśniającego,
 - c) prowadzenie postępowań wyjaśniających w zakresie otrzymanych zgłoszeń lub przekazywanie ich właściwym jednostkom organizacyjnym, zgodnie z obowiązującymi procedurami,
 - d) współpraca z Zarządem, Radą Nadzorczą, działem prawnym oraz działem kadr i spraw pracowniczych w zakresie działań następczych po dokonanych zgłoszeniach,
 - e) prowadzenie rejestru zgłoszeń wewnętrznych oraz dokumentacji związanej z ich rozpatrywaniem,
 - f) przygotowywanie okresowych sprawozdań z realizacji systemu zgłoszeń wewnętrznych oraz przedstawianie ich Zarządowi lub innym uprawnionym organom Spółki jeśli wystąpiły,
 - g) upowszechnianie wiedzy na temat zasad dokonywania zgłoszeń wewnętrznych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń,
 - h) zapewnienie zgodności działań w ramach systemu zgłoszeń wewnętrznych z przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów oraz z wewnętrznymi regulacjami Spółki.

§ 17

1. Do zadań komórek organizacyjnych medycznych **podległych Dyrektorowi ds. Medycznych** należy w szczególności:
- 1) wykonywanie zadań z zakresu działalności podstawowej obejmujących świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach dziedziny medycyny właściwej dla danej jednostki organizacyjnej,
 - 2) prowadzenie dokumentacji medycznej osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej szpitala, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz regulacjami wewnętrznymi,
 - 3) podejmowanie działań zapewniających ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej,
 - 4) prawidłowe wykorzystywanie wyrobów medycznych i produktów leczniczych,
 - 5) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Spółki,
 - 6) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w oparciu o umowy i porozumienia zawarte przez Spółkę.
2. Do zadań **Działu Farmacji Szpitalnej** należy w szczególności:
- 1) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
 - 2) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 3) udzielanie informacji o tych produktach,

- 4) monitorowanie niepożądanych działań leków,
 - 5) współuczestniczenie w racjonalizacji farmakoterapii,
 - 6) prowadzenie gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu,
 - 7) prowadzenie dokumentacji przewidzianej dla Działu Farmacji Szpitalnej,
 - 8) przygotowywanie wniosków na wszczęcie postępowań w obszarze gospodarki lekami.
3. Do zadań **Punktu Przyjęcia Pacjenta** należy wykonywanie zadań z zakresu działalności podstawowej w szczególności zapewnienie wykonania wszystkich czynności o charakterze medycznym i organizacyjno-administracyjnym, takich jak:
- 1) kwalifikacja zgłaszających się pacjentów umożliwiająca podjęcie decyzji o konieczności hospitalizacji, opieki ambulatoryjnej lub podjęciu innych działań leczniczych,
 - 2) udzielanie pomocy doraźnej.
4. Do zadań **Działu dietetyki i higieny szpitalnej** należy w szczególności:
- 1) planowanie potrzeb żywieniowych zgodnie z aktualnymi potrzebami i normami,
 - 2) zamawianie odpowiedniej ilości posiłków zgodnie z za potrzebowaniami zgłaszanymi z poszczególnych oddziałów,
 - 3) racjonalne wykorzystywanie produktów spożywczych,
 - 4) sprawdzanie i korygowanie jadłospisów dekadowych przedstawianych przez firmę cateringową oraz bieżących na dany dzień,
 - 5) kontrola ilości oraz jakości posiłków dostarczanych przez firmę cateringową,
 - 6) wykonywanie czynności kontrolno-nadzorczych nad prawidłowym stanem sanitarno-higienicznym kucharek oddziałowych przy udziale pielęgniarek oddziałowych,
 - 7) profesjonalne utrzymanie czystości we wszystkich pomieszczeniach, ciągach komunikacyjnych i szatniach szpitala we współpracy z Zespołem ds. zakażeń szpitalnych,
 - 8) dystrybucja środków myjących, czyszczących i dezynfekujących do oddziałów i komórek organizacyjnych,
 - 9) usuwanie odpadów zgodnie z instrukcją gospodarki odpadami,
 - 10) transport towarów z magazynu szpitalnego do oddziałów,
 - 11) tworzeniu procedur medycznych w zakresie swoich kompetencji oraz nadzór nad ich realizacją,
 - 12) utrzymanie w należyтым stanie sanitarno – porządkowym obiektów Szpitala,
 - 13) transport wewnętrzny w Szpitalu,
 - 14) przygotowywanie wniosków na wszczęcie postępowań w obszarze higieny (środki czystości, odbiór odpadów medycznych) we współpracy z Zespołem ds. zakażeń szpitalnych,
 - 15) współpraca z firmami usługowymi/pralnia, żywienie, laboratorium, sprzątanie,
 - 16) konsultacji dla pacjentów, edukacji w zakresie zdrowego odżywiania.
5. Do zadań **Działu organizacji lecznictwa, informatyki i statystyki medycznej** należy w szczególności:
- 1) tworzenie i aktualizacja strategii rozwoju podmiotu leczniczego,
 - 2) tworzenie strategii marketingowej i promocyjnej Szpitala,
 - 3) tworzenie treści prasowych oraz przygotowywanie informacji dla mediów,
 - 4) budowanie pozytywnego wizerunku Szpitala w mediach społecznościowych we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - 5) prowadzenie wewnętrznej polityki informacyjnej poprzez newsletter oraz intranet we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - 6) wsparcie merytoryczne w obszarze pytań i problemów komórek medycznych w zakresie realizowanej działalności leczniczej, w szczególności w celach przestrzegania przepisów prawa i prawidłowej realizacji kontraktu z Narodowym

- Funduszem Zdrowia,
- 7) administracyjny nadzór nad procesem realizacji szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rezydentów,
 - 8) realizacja i administracyjny nadzór nad organizacją medycznych praktyk studenckich i zawodowych,
 - 9) współpraca z Urzędem Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego i Okręgową Izbą Lekarską oraz innymi podmiotami w zakresie zawierania umów na realizację staży podyplomowych lekarzy, oraz innych osób w tym innych zawodów medycznych,
 - 10) organizacja współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego ,
 - 11) inicjowanie usprawnień w pracy administracji podmiotu leczniczego, w tym obiegu dokumentów oraz przedstawianie Dyrektorowi projektów rozwiązań w tym zakresie,
 - 12) nadzór nad prawidłowym nazewnictwem komórek organizacyjnych oraz oznakowaniem obiektów szpitalnych,
 - 13) nadzór nad księgą rejestrową RPWDL, w tym prowadzenie, aktualizacja, przechowywanie oraz realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa w zakresie jej prowadzenia,
 - 14) opracowywanie, aktualizacja i analiza procedur oraz instrukcji wewnętrznych wynikających w obszarze swoich kompetencji,
 - 15) obsługa Systemu Monitorowania Kształcenia w zakresie roli administratora i kierownika podmiotu,
 - 16) wdrażanie procesu polityki jakości oraz bieżący nadzór nad jego aktualizacją,
 - 17) pozyskiwanie środków finansowych z programów unijnych, samorządowych, rządowych, w tym Funduszu Medycznego,
 - 18) odpowiedzialność za proces badania satysfakcji pacjenta oraz cykliczna jej analiza, w tym politykę jakości,
 - 19) koordynacja działań związanych z kontrolami zewnętrznymi dotyczącymi sfery medycznej,
 - 20) analiza potrzeb zdrowotnych, rynku medycznego oraz danych o konkurencji, w celu efektywnego planowania roszszerzania bądź modyfikacji prowadzonej działalności leczniczej,
 - 21) przygotowywanie i przeprowadzanie konkursów ofert na zakup usług medycznych,
 - 22) sporządzanie sprawozdań i rozliczeń,
 - 23) prowadzenie statystyki realizowanych świadczeń medycznych, również w zakresie sprawozdawania danych do systemów statystyki Ministerstwa Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Zakładu Higieny,
 - 24) przekazywanie przetworzonych danych do dalszej analizy i sporządzania planów działalności,
 - 25) realizacja zadań w zakresie indywidualnej dokumentacji medycznej,
 - 26) realizacja zadań w zakresie zbiorczej dokumentacji medycznej,
 - 27) realizacja zadań w zakresie rozliczeń umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 28) przygotowanie dokumentacji związanej z zatrudnieniem lekarzy rezydentów, korespondencja z Ministerstwem Zdrowia w tym zakresie,
 - 29) współpraca z laboratorium w zakresie realizacji badań diagnostycznych;
 - 30) przyjmowanie i obsługa skierowań oraz organizowanie badań diagnostycznych dla pacjentów,
 - 31) koordynowanie konsultacji lekarskich dla pacjentów,
 - 32) rozliczanie faktur dotyczących badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich,
 - 33) administrowanie siecią komputerową,
 - 34) diagnostyka sprzętu komputerowego,

- 35) modernizacja urządzeń i sprzętu oraz dostosowywanie go do bieżących potrzeb użytkowników,
 - 36) dbałość o bezpieczeństwo sieci informatycznej,
 - 37) wprowadzenie i koordynowanie spraw w zakresie polityki bezpieczeństwa informacji,
 - 38) koordynację działań związanych z przygotowaniem jednostek organizacyjnych do uzyskania i utrzymania akredytacji,
 - 39) wdrożenie procedur i standardów akredytacyjnych w komórkach medycznych,
 - 40) organizowanie szkoleń dla personelu w zakresie standardów akredytacyjnych,
 - 41) koordynowanie audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz monitorowanie działań korygujących i doskonalących,
 - 42) współpraca z komisją ds. jakości i bezpieczeństwa w zakresie przygotowania sprawozdań akredytacyjnych i raportów dla organów nadzorczych.
6. Do zadań **Zespołu ds. zakażeń szpitalnych** należy w szczególności:
- 1) tworzenie strategii działań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - 2) wdrażanie programów zapobiegania zakażeniom,
 - 3) organizowanie i wpływ na prawidłową realizację zadań w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 4) wnioskowanie o zakup, wymianę oraz przydział środków niezbędnych do utrzymania higieny,
 - 5) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego Zakładu,
 - 6) nadzór nad realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitala procesami dekontaminacji (dezynfekcja i sterylizacja),
 - 7) prowadzenie dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 8) określanie czynników ryzyka zakażeń pacjentów, personelu, eliminowanie źródeł zakażeń,
 - 9) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych i przedstawianie wyników Dyrektorowi podmiotu leczniczego oraz kadrze kierowniczej oddziałów,
 - 10) inicjowanie działań zmierzających do likwidacji ogniska zakażenia oraz usunięcia jego przyczyn,
 - 11) sporządzanie raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala,
 - 12) szkolenie personelu w zakresie zakażeń szpitalnych,
 - 13) tworzeniu procedur medycznych w zakresie swoich kompetencji oraz nadzór nad ich realizacją,
 - 14) przygotowywanie wniosków na wszczęcie postępowań w obszarze swoich kompetencji.
 - 15) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
7. Do zadań **Specjalisty ds. jakości leczniczej** należy w szczególności:
- 1) nadzór nad opracowywaniem, wdrażaniem i aktualizacją wewnętrznych procedur, standardów i instrukcji dotyczących jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) monitorowanie zgodności udzielanych świadczeń zdrowotnych z obowiązującymi przepisami prawa, wymaganiami NFZ oraz standardami akredytacyjnymi i certyfikacyjnymi,
 - 3) prowadzenie działań związanych z systemem zarządzania jakością, w tym gromadzenie, analizowanie i raportowanie danych dotyczących jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów,
 - 4) identyfikacja obszarów ryzyka w procesach diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych oraz podejmowanie działań korygujących i zapobiegawczych,
 - 5) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie wdrażania i doskonalenia systemu jakości oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów,
 - 6) organizowanie i prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla pracowników w zakresie jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów,
 - 7) udział w opracowywaniu i wdrażaniu narzędzi oceny jakości (ankiety satysfakcji pacjenta, wskaźniki jakościowe, analizy zdarzeń niepożądanych),

- 8) przygotowywanie okresowych raportów, analiz i rekomendacji dla Zarządu i Rady Nadzorczej Szpitala w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych,
- 9) monitorowanie wdrażania zaleceń pokontrolnych po audytach wewnętrznych, zewnętrznych, kontrolach NFZ oraz innych instytucji nadzorujących,
- 10) wspieranie procesów związanych z akredytacją i certyfikacją Szpitala, w tym przygotowywanie dokumentacji i koordynowanie działań.

§ 18

1. Komórkami organizacyjnymi działalności medycznej Podmiotu leczniczego są Oddziały/ Ośrodki (dzienne i stacjonarne), Poradnie specjalistyczne, Pracownie specjalistyczne, Dział Farmacji Szpitalnej, Punk Przyjęcia Pacjenta.
2. Do zadań Oddziału stacjonarnego należy w szczególności:
 - 1) leczenie i diagnozowanie pacjenta,
 - 2) przeprowadzanie niezbędnych badań diagnostycznych,
 - 3) przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych,
 - 4) udzielanie świadczeń w zakresie psychologii, psychoterapii, logopedii i terapii zajęciowej,
 - 5) świadczenia rehabilitacyjne,
 - 6) działania w zakresie edukacji i promocji zdrowia dla pacjentów,
 - 7) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin,
 - 8) całodobowa opieka pielęgniarska nad pacjentem,
 - 9) całodobowa opieka medyczna nad pacjentem.
3. Do zadań Oddziału dziennego udzielającego świadczeń medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej należy:
 - 1) wielospecialistyczna, kompleksowa terapia i rehabilitacja pacjentów o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym,
 - 2) opieka lekarska i pielęgniarska nad pacjentem podczas jego pobytu na oddziale,
 - 3) działania w zakresie edukacji i promocji zdrowia.
4. Do zadań Oddziału dziennego w zakresie psychiatrii należy:
 - 1) badanie i diagnozowanie pacjenta,
 - 2) leczenie, rehabilitacja i terapia,
 - 3) przeprowadzanie niezbędnych badań diagnostycznych,
 - 4) przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych,
 - 5) opieka medyczna nad pacjentem podczas jego pobytu w oddziale,
 - 6) działania w zakresie edukacji i promocji zdrowia dla pacjentów,
 - 7) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.
5. Do zadań Poradni/ Pracowni Specjalistycznej należy w szczególności:
 - 1) zapisywanie pacjentów na porady/ konsultacje zgłaszających się osobiście, telefonicznie lub przez osoby trzecie,
 - 2) weryfikowanie prawa pacjenta do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych,
 - 3) udzielanie porad i konsultacji specjalistycznych,
 - 4) w przypadkach uzasadnionych klinicznie udzielanie porad w miejscu zamieszkania pacjenta w ramach wizyty domowej,
 - 5) wykonywanie specjalistycznych zabiegów medycznych,
 - 6) kierowanie na badania diagnostyczne,
 - 7) kierowanie na leczenie szpitalne;
 - 8) edukacja zdrowotna pacjenta oraz jego opiekunów obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń.

§ 19

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Podmiotu

lecniczego dla zapewnienia sprawnego i efektywnego ich działania pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym jest:

- 1) usprawnianie procesów informacyjno – decyzyjnych,
 - 2) prawidłowa realizacja zadań,
 - 3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
- 1) kadry zarządzającej,
 - 2) Dyrektora ds. medycznych z Ordynatorami/Kierownikami komórek organizacyjnych działalności medycznej i związanych z działalnością medyczną,
 - 3) Pielęgniarki Koordynującej z Pielęgniarkami oddziałowymi.
3. Spotkania, o których mowa w ust. 2 mają na celu:
- 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
 - 2) przekazywanie informacji o planowanych kierunkach działania i zadaniach do realizacji,
 - 3) omówienie spraw bieżących oraz wymianę poglądów dotyczących problemów i sposobów ich rozwiązywania,
 - 4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy/Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych oraz Pielęgniarki oddziałowe zobowiązani są do zapoznania podległego im personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach, w zakresie niezbędnym dla realizacji przyjętych na spotkaniu kierunków działań w danej komórce organizacyjnej.

ROZDZIAŁ 6

Rodzaje działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 20

1. Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych w rodzajach:
 - 1) Opieki Szpitalnej,
 - 2) Opieki Pozaszpitalnej ,
 - 3) Ambulatorium,
2. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: Al. Legionów 11, 08-400 Garwolin.
3. Spółka udziela świadczeń zdrowotnych we współpracy z innymi placówkami medycznymi.
4. Zakres i rodzaj udzielonych świadczeń medycznych może zostać rozszerzony w zależności od potrzeb wynikających z przyjmowanych zleceń i zawieranych umów oraz w miarę posiadanych przez Spółkę możliwości ich wykonania.
5. Informacje o udzielanych przez Podmiot leczniczy świadczeniach zdrowotnych dostępne są dla zainteresowanych na tablicach informacyjnych znajdujących się w komórkach organizacyjnych działalności medycznej, oraz na stronie internetowej Szpitala <https://smwg.pl/>

ROZDZIAŁ 7

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego Szpital

§ 21

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne i zdrowotne określone

- w odrębnych przepisach.
3. Świadczenia zdrowotne odpowiadają wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz udzielane są z należytą starannością i w warunkach odpowiadającym określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.
 4. Osoby wykonujące zawód medyczny w Szpitalu, oprócz wyjątków wskazanych w art. 14 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentami (tajemnica lekarska).
 5. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 22

1. Uprawnienie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulują przepisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych .
2. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentom według kolejności zgłoszenia, w wyznaczonych dniach i godzinach.
3. W przypadku: braku miejsc, względów epidemicznych lub wyczerpania limitu na udzielanie świadczeń, pacjenci wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjent wpisany na listę osób oczekujących ma prawo wglądu do ewidencji osób oczekujących.

§ 23

1. Pacjenci hospitalizowani są w ramach funkcjonujących Oddziałów./Ośrodków
2. Szpital zapewnia przyjętym pacjentom:
 - 1) świadczenia zdrowotne,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - 3) aparatury i wyposażenie medyczne,
 - 4) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - 5) transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach,
 - 6) edukację zdrowotną.

§ 24

1. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie odpowiedniego skierowania.
2. Pacjenci przyjmowani są do Szpitala w trybie planowym.
3. Przyjęcie w trybie planowym, ze skierowaniem do leczenia szpitalnego odbywa się w Punkcie Przyjęcia Pacjenta.
4. O przyjęciu do Szpitala decyduje lekarz Oddziału, po wstępnym badaniu lekarskim i zakwalifikowaniu pacjenta do planowego przyjęcia na Oddział. Przy przyjęciu wymagane jest uzyskanie zgody osoby i/lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego dla osób niepełnoletnich.
5. Uwzględniając dobro pacjenta oraz możliwości Szpitala lekarz, o którym mowa w ust. 4, podejmuje decyzję o przyjęciu, odmowie przyjęcia lub wyznacza inny termin przyjęcia, dokonując jednocześnie odpowiednich wpisów w dokumentacji Szpitala.
6. W stanach nagłych i zagrożenia zdrowia lub życia świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane Pacjentowi niezwłocznie.

§ 25

1. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
 - 1) kompleksową ocenę stanu zdrowia,
 - 2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych,
 - 3) leczenie farmakologiczne i/lub zabiegowe,
 - 4) rehabilitację leczniczą,
 - 5) wypis pacjenta: do domu/do innego zakładu opieki zdrowotnej,
 - 6) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji.
2. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych udzielane są przez Szpital we własnym zakresie jak również przez podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych ze Szpitalem umów.
3. Pacjentów Szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.
4. Regulacji wskazanej powyżej w ust. 3 nie stosuje się do pacjentów oddziałów psychiatrycznych.
5. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta Ordynator/ Kierownik Oddziału może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informacja w tym zakresie wraz z podaniem przyczyny odstąpienia winna zostać zamieszczona w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 26

1. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą obowiązujące wymogi wynikające z obowiązujących przepisów oraz wewnętrzne wymogi Szpitala.
2. Pacjent lub jego opiekun/przedstawiciel ustawowy ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń.
3. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać:
 - 1) pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - a) 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,
 - b) 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,
 - 2) oświadczenie opiekuna ze zgodą na leczenie w innej placówce w razie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia,
 - 3) inne dokumenty wymagane zgodnie z Regulaminem danego Oddziału/ Zakładu.
4. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z obowiązujących przepisów. Przed podjęciem decyzji pacjent ma prawo uzyskać informację, o których mowa w § 30 ust. 2.

§ 27

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z o.o. udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne.
2. Osoby, o których mowa w ust. 1, winny spełniać wymagania przewidziane przepisami prawa odpowiednie dla wykonywanych zawodów, w tym wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.
3. Wszyscy pracownicy Szpitala zobowiązani są do noszenia na ubiorze identyfikatorów z imieniem, nazwiskiem oraz określeniem stanowiska i tytułem naukowym lub

zawodowym.

4. W trakcie trwającego procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu pacjenci mają umożliwiającą realizację obowiązku szkolnego na poziomie szkoły podstawowej oraz w szkołach ponadpodstawowych - do ich ukończenia na podstawie odrębnych przepisów, z udziałem pracowników oświaty.

§ 28

1. Realizacja zadań i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odbywa się w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, właściwą ich dostępność, a także właściwą jakość udzielanych świadczeń.
2. W trakcie udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjent/ osoba uprawniona ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia Pacjenta, niezbędnych wyjaśnień dotyczących diagnozy, zaproponowanego i trwającego leczenia, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, informacji o rodzajach i zakresie świadczeń zdrowotnych (w tym profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez Szpital).
3. Na wniosek Pacjenta Podmiot Leczniczy udziela także informacji o: udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod; niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej oraz informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym Szpitala.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 mogą zostać udzielone również innym osobom pod warunkiem wyrażenia zgody przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.
5. Informacja o prawach pacjenta określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta znajdują się w Punkcie Przyjęcia Pacjenta, punktach pielęgniarskich oraz na tablicach informacyjnych w oddziałach Szpitala. Na każdym etapie pacjent/ osoba uprawniona ma prawo do złożenia skargi lub zażalenia na zachowanie lub czynności personelu. Skargę w formie pisemnej lub ustnej przyjmuje i odpowiada na nią Dyrektor ds. medycznych.

§ 29

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia, Szpital obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić osobę/ instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.

§ 30

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób;
 - 4) gdy konieczna jest hospitalizacja pacjenta w innym podmiocie leczniczym lub zaistnieje wskazanie do skorzystania przez pacjenta ze świadczeń w innej placówce medycznej.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, musi złożyć oświadczenie o wypisaniu dziecka na własne żądanie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

W takim przypadku można odmówić wypisania pacjenta do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

3. Pacjent występujący o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie, po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub 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 pacjenta do miejsca zamieszkania.

§ 31

1. Śmierć pacjenta przebywającego w Szpitalu jest przypadkiem nagłego zdarzenia. Procedura postępowania personelu odbywa się zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 roku w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
2. Personel medyczny Szpitala, oddziału lub komórki organizacyjnej, w której nastąpiła śmierć pacjenta zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie powiadomić o śmierci pacjenta przebywającego w oddziale lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego oraz Zarząd Szpitala,
 - 2) stwierdzić zgon po przeprowadzeniu oględzin, ustalić przyczynę zgonu oraz wystawić kartę zgonu (lekarz),
 - 3) powiadomić o zgonie pacjenta osobę upoważnioną przy przyjęciu do Szpitala do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, a przypadku braku danych na historii choroby osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów,
 - 4) wypełnić po stwierdzeniu zgonu skierowanie zwłok do chłodni, założyć na przegub dłoni lub stopy zmarłego identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego (po czym zwłoki wraz z tym skierowaniem i identyfikatorem są przewożone do chłodni).
3. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu,
 - 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni,
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki / położnej wypełniającej kartę,
 - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
 - 7) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłego do chłodni.
4. Identyfikator osoby zmarłej zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu.
5. 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 umożliwiających ustalenie tożsamości.
6. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni

- i identyfikatorem przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej.
7. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
 8. Spis rzeczy osoby zmarłej sporządza się w obecności drugiej pielęgniarki, położnej lub innego pracownika Szpitala, a spis potwierdza się własnoręcznym podpisem.
 9. Rzeczy osoby zmarłej przekazuje się za potwierdzeniem rodzinie lub osobie upoważnionej do ich odebrania lub przekazuje się do garderoby, a rzeczy wartościowe do depozytu szpitalnego.
 10. Zwłoki osoby zmarłej po umyciu, ubraniu oraz identyfikacji, wydawane są przez pracownika prosektorium osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
 11. Personel medyczny doprowadza miejsce zdarzenia do stanu sprzed wypadku/zdarzenia.
 12. Wszystkie czynności wykonane dokumentuje się w historii choroby oraz raportach pielęgniarskich i lekarskich.
 13. Stwierdzenie zgonu dokumentuje się w Karcie Informacyjnej
 14. Jeżeli akt zgonu zostanie wypisany należy przekazać go do Działu rozliczeń i statystyki medycznej, który zobowiązany jest do zgłoszenia zgonu w ciągu 3 dni do Urzędu Stanu Cywilnego zgodnie z przepisami prawa.
 15. Odpowiedzialność za stosowanie przyjętych procedur ponosi lekarz i pielęgniarki, którzy w chwili zdarzenia uczestniczą w postępowaniu.
 16. Nadzór nad prawidłowością stosowania przyjętych wytycznych sprawuje Dyrektor ds. medycznych.
 17. Opłata za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin wg załącznika nr 2 do Regulaminu.

§ 32

1. W przypadkach określonych w odrębnych przepisach, o zgonie Pacjenta niezwłocznie powiadamia się odpowiednie Organy (Policja i Prokuratora).
2. W razie wystąpienia zdarzenia uzasadniającego zawiadomienie Organów, o których mowa w ust. 1 Personel medyczny podejmuje czynności określone w § 31 ust. 1 pkt 1-2 oraz ust. 11-16 z uwzględnieniem poniższych zapisów.
3. Lekarz wspólnie z personelem medycznym zabezpiecza miejsce zdarzenia. Do chwili przybycia wezwanych służb nie dopuszcza do miejsca zdarzenia innych osób, pilnuje by miejsce zdarzenia pozostało w stanie faktycznym jak przy zejściu, dba o bezpieczeństwo pozostałych pacjentów.
4. W chwili przybycia odpowiednich służb personel medyczny zobowiązany jest ściśle współpracować i wykonywać zalecenia wyżej wymienionych Organów, na wyraźne ich polecenie zawiadamia rodzinę.
5. Po zabraniu zwłok przez odpowiednie Organy personel medyczny (minimum 2 osoby) spisuje rzeczy osoby zmarłej, a sporządzony spis potwierdza się własnoręcznym podpisem. Zabezpieczone rzeczy zmarłego poprzez opisanie ich oraz zapakowanie, tak aby nie uległy zniszczeniu, przechowuje się w wyznaczonym miejscu w danym Oddziale

ROZDZIAŁ 10

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 33

1. Podmiot leczniczy realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki i leczenia pacjentów.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w

- ramach podpisanych umów i porozumień w przedmiocie świadczeń zdrowotnych i na zasadach w tych umowach i porozumieniach określonych.
3. Korzystanie z bazy diagnostycznej innej placówki opieki zdrowotnej możliwe jest na zasadach określonych w umowach zawartych z tymi placówkami.
 4. Materiał biologiczny wysyłany do innych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony, zaś wyniki badań archiwizowane według przyjętych w Podmiocie leczniczym zasad.
 5. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi zapewniany jest zgodnie z zawartą Umową na transport sanitarny oraz możliwość korzystania z własnego przewozu samochodowego.
 6. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innej jednostce opieki zdrowotnej pacjent jest kierowany na zasadach określonych przepisami prawa.
 7. Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą sprawuje Dyrektor ds. medycznych.

ROZDZIAŁ 9

Zasady prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za jej udostępnianie

§ 34

1. Podmiot leczniczy, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa, prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną pacjentów.
2. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta do wglądu do dokumentacji medycznej.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu była jego przedstawicielem ustawowym zgodnie z warunkami określonymi w przepisach prawa. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem art. 26 ust. 2a i 2b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Szpital udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również innym uprawnionym do tego podmiotom za zasadach regulowanych odrębnymi przepisami prawa.
5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
6. Szpital udostępnia dokumentację medyczną wyłącznie podmiotom uprawnionym, w następujący sposób:
 - 1) do wglądu w Szpitalu,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji,
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 5) na informatycznym nośniku danych.
7. Udostępnianie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii podlega opłacie. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalana jest zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i określona jest w Cenniku stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ 11

Organizacja procesu udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych

§ 35

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym uzgodnionym z pacjentem terminie, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz o warunkach uzyskania takiego świadczenia.

§ 36

1. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat jest zorganizowany w sposób, o którym mowa w § 37, z zastrzeżeniem zapisów poniższych.
2. Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie zgodnie z obowiązującymi cennikami.
3. Spółka może świadczyć usługi medyczne pacjentom z innych krajów odpłatnie lub na zasadach określonych odrębnymi przepisami.
4. Opłaty za świadczenia zdrowotne pobierane są od pacjentów:
 - 1) w przypadku udzielania świadczenia pacjentowi, który zgłosił się w trybie przyjęcia prywatnego,
 - 2) w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi, który korzysta ze świadczeń nie objętych umowami z NFZ.
5. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - 1) umowy z innym podmiotem, w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążony kosztami usługi,
 - 2) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.

§ 37

1. Pacjent lub jego opiekun prawny lub faktyczny, ma prawo poznać cenę świadczenia zdrowotnego przed rozpoczęciem jego udzielania.
2. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie pacjent ma możliwość uregulowania należności za usługę przed jej rozpoczęciem lub po jej zakończeniu.
3. Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana przelewem na wskazany rachunek bankowy.
4. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
5. Organizacja procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odpłatnie jest prowadzona z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń.

§ 38

W przypadku śmierci pacjenta Zespół podejmuje czynności zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego

wykonywającego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

§ 39

Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji zgodnie z zasadami określonymi w art. 31 i 32 Ustawy o działalności leczniczej, z uwzględnieniem przepisów określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie.

§ 40

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób bądź instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzu i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział 12:

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych

§ 41

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, które nie są finansowane ze środków publicznych określa Cennik świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych, stanowiący Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Postępowanie w sprawie skarg i wniosków

§ 42

1. Komórką organizacyjną Spółki powołaną do podejmowania skarg i wniosków kierowanych do Zarządu jest Sekretariat Zarządu.

§ 43

1. Skargi i wnioski dotyczące działalności Zespołu powinny być złożone na piśmie.
2. Osoby, które z powodu wieku, stanu zdrowia lub innych obiektywnych przyczyn nie mogą samodzielnie sporządzić skargi lub wniosku w formie pisemnej, mogą złożyć skargę lub wniosek ustnie w Sekretariacie Zarządu.
3. W sytuacji określonej w ust. 2 upoważniony pracownik Sekretariatu sporządza notatkę dotyczącą treści złożonej skargi lub wniosku, odczytując ją osobie składającej skargę lub wniosek oraz przedstawia jej do podpisu.

§ 44

1. Skargi oraz wnioski składane przez pacjentów lub inne osoby, których interes prawny został naruszony, podlegają rozpatrzeniu i rozstrzygnięciu na zasadach określonych w przepisach kodeksu postępowania administracyjnego.
2. Odpowiedź na skargę lub wniosek powinna być udzielona w terminie 14 dni od daty złożenia przedmiotowego pisma, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sprawach zawiłych lub w przypadkach wymagających podjęcia czynności wyjaśniających lub skierowania wystąpienia do innych jednostek lub instytucji odpowiedź na skargę lub wniosek powinna być udzielona w terminie 1 miesiąca od daty złożenia skargi lub wniosku. W wyjątkowych przypadkach, termin, o którym mowa wyżej, może być przesunięty na okres do 2 miesięcy.

§ 45

Kierownicy Pionów oraz kierownicy poszczególnych–komórek organizacyjnych Spółki uprawnieni są do przyjmowania i załatwiania ustnych uwag i zastrzeżeń kierowanych do nich w komórce organizacyjnej.

§ 46

W sprawach skarg i wniosków Zarząd lub Dyrektor ds. Medycznych przyjmuje interesantów w dniach i godzinach wskazanych na tablicy ogłoszeń.

ROZDZIAŁ 13
Przepisy końcowe

§ 47

1. Postanowienia Regulaminu obowiązują wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, a także osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych.
 2. Postanowienia niniejszego Regulaminu Organizacyjnego zostają podane do wiadomości wszystkich świadczących pracę w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z o.o.
 3. Podanie Regulaminu do wiadomości pacjenta następuje poprzez udostępnienie go, na wniosek pacjenta, w Punkcie Przyjęcia Pacjenta/Rejestracji , a także na stronie internetowej: www.smwg.pl.
 4. W sprawach nieuregulowanych Regulaminem organizacyjnym zastosowanie mają odrębne przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i przepisów wydawanych na jej podstawie, Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego i aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
 5. Wszelkie zmiany Regulaminu dokonywane są przez Zarząd Szpitala i wymagają formy pisemnej.
 6. Regulamin wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą Spółki.
- Załączniki do Regulaminu Organizacyjnego:
1. Załącznik nr 1 – Schemat struktury organizacyjnej Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o.
 2. Załącznik nr 2 – Cennik świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z .o.o.

Garwolin, październik 2025 roku

Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.
Maria Calka
Członek Zarządu

Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.
Robert Łasota
Prezes Zarządu

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Cennik świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych
Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.