

Załącznik do zarządzenia nr 20/18
z dnia 16 kwietnia 2018 r. dyrektora Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”
w sprawie *ogłoszenia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego*
Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka

REGULAMIN ORGANIZACYJNY INSTYTUTU „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

CZĘŚĆ I

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, zwany dalej „Instytutem”, jest instytutem badawczym, którego przedmiotem działalności jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz działalności leczniczo-usługowej ukierunkowanej na potrzeby zdrowotne dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, realizacja zadań dydaktycznych, a także przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych.
2. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” działa na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1158 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o instytutach badawczych”,
 - 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”,
 - 3) ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2017 r., poz. 1789),
 - 4) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 1995 r. w sprawie utworzenia Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (Dz. U. Nr 149, poz. 725),
 - 5) innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego,
 - 6) Statutu Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” uchwalonego przez radę naukową Instytutu uchwałą 1/X/2017 z dnia 19 października 2017 r. i zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 22 listopada 2017 r.,
 - 7) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, zwanego dalej Regulaminem.
3. Firma Instytutu brzmi: Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.
4. Instytut może używać nazwy skróconej: IPCZD.
5. Nadzór nad Instytutem wykonuje minister właściwy ds. zdrowia.
6. Instytut jest wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000092381. Akta rejestrowe Instytutu prowadzi Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.
7. Instytut jest wpisany do rejestru podmiotów leczniczych, prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem 000000018625.

§ 2.

1. Niniejszy Regulamin określa w szczególności:
 - 1) cele i zadania Instytutu,
 - 2) strukturę organizacyjną Instytutu,
 - 3) strukturę przedsiębiorstw z określeniem prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 5) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Instytutu,
 - 6) organizację, zadania i obowiązki poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu, z uwzględnieniem sytuacji nadzwyczajnych,
 - 7) warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,

- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami zewnętrznymi wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie potrzeb kontynuacji leczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - 11) 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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
 - 12) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
 - 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Instytutu,
 - 14) prawa i obowiązki pacjenta,
 - 15) obowiązki Instytutu w razie śmierci pacjenta.
2. Regulamin Organizacyjny ustala dyrektor Instytutu, po zasięgnięciu opinii rady naukowej oraz organizacji związkowych działających na terenie Instytutu.

CZEŚĆ II

Organizacja i zarządzanie Instytutem

Rozdział I

Organy Instytutu

§ 3.

Organami Instytutu są:

- 1) dyrektor,
- 2) rada naukowa.

§ 4.

1. Dyrektora powołuje minister właściwy ds. zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady naukowej Instytutu, w wyniku przeprowadzonego konkursu.
2. Dyrektora odwołuje minister właściwy ds. zdrowia w przypadkach określonych w ustawie o instytutach badawczych.

§ 5.

Dyrektor kieruje Instytutem, a w szczególności:

- 1) ustala plany działalności Instytutu,
- 2) realizuje politykę kadrową,
- 3) zarządza mieniem Instytutu i odpowiada za jego wykorzystanie na realizację zadań statutowych, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o instytutach badawczych,
- 4) odpowiada za wyniki działalności naukowej, badawczo-rozwojowej oraz działalności leczniczo-usługowej Instytutu,
- 5) reprezentuje Instytut,
- 6) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem należących do zakresu działania rady naukowej.

§ 6.

1. Rada naukowa liczy 40 członków, z zastrzeżeniem art. 30 ust. 5 ustawy o instytutach badawczych. W skład rady naukowej wchodzi:
 - 1) pracownicy naukowcy Instytutu – w liczbie 28,
 - 2) osoby spoza Instytutu, o których mowa w art. 30 ust. 4 ustawy – w liczbie 12.
2. Szczegółowe zasady ustalania składu rady naukowej określa Statut Instytutu.

§ 7.

1. Rada naukowa jest organem stanowiącym, inicjującym, opiniodawczym i doradczym Instytutu w zakresie jego działalności statutowej oraz w zakresie rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej.
2. Rada naukowa jest uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności Instytutu.
3. Szczegółowy zakres zadań rady naukowej określa ustawa o instytutach badawczych.
4. Rada naukowa sporządza opinie w terminie nie dłuższym niż 30 dni.
5. Rada naukowa działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

Rozdział II

Zarządzanie Instytutem

§ 8.

1. Dyrektor zarządza Instytutem przy pomocy swoich zastępców.
2. Zastępcy dyrektora kierują działalnością podporządkowanych im pionów w zakresie ustalonym przez dyrektora.
3. Dyrektor może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas ich umocowania.
4. Przy dyrektorze działa kolegium dyrekcyjne, pełniące funkcje opiniodawczo-doradcze dla dyrektora. Dyrektor ustala zadania, skład i tryb pracy kolegium dyrekcyjnego.

Rozdział III

Kadra kierownicza Instytutu

§ 9.

1. Zastępców dyrektora, głównego księgowego oraz kierowników jednostek i komórek organizacyjnych powołuje i odwołuje dyrektor, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Powołanie zastępców dyrektora oraz kierowników komórek organizacyjnych prowadzących badania naukowe i prace badawczo-rozwojowe wymaga zasięgnięcia opinii rady naukowej.
3. Zastępcą dyrektora do spraw naukowych może być tylko osoba posiadająca tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego.
4. Dyrektor przed powołaniem na stanowisko, o którym mowa w ust. 2, może zarządzić przeprowadzenie konkursu.

Rozdział IV

Obowiązki zastępców dyrektora

§ 10.

1. Zastępcy dyrektora kierują działalnością podległych im pionów, zgodnie z przyjętym w Instytucie podziałem zadań.
2. Zastępcy dyrektora ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im jednostki i komórki organizacyjne.
3. Do obowiązków zastępców dyrektora w szczególności należy:
 - 1) organizacja i koordynacja pracy podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
 - 2) merytoryczny i funkcjonalny nadzór nad realizacją zadań pionu poprzez nadzór i kontrolę wykonywania zadań przez podległe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy,
 - 3) dokonywanie bieżącej i okresowej analizy wyników działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
 - 4) ustalanie kierunkowych planów tematycznych działalności podległego pionu,
 - 5) przygotowywanie projektów zmian w wewnętrznej strukturze organizacyjnej pionu i projektów ramowych zadań podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,

- 6) podejmowanie decyzji dotyczących działalności pionu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji dyrektora lub właściwości rady naukowej,
 - 7) realizacja przyjętej w Instytucie polityki kadrowej w oparciu o zasadę optymalizacji zatrudnienia i racjonalnego wykorzystywania istniejących zasobów kadrowych,
 - 8) właściwy dobór kadry kierowniczej, opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska kierownicze,
 - 9) przedkładanie dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych, w tym dotyczących powołania pracownika na stanowisko kierownicze lub odwołania go z zajmowanego stanowiska,
 - 10) nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem składników majątkowych będących w dyspozycji pionu,
 - 11) tworzenie optymalnych warunków pracy, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych pracowników.
4. Zastępcy dyrektora realizują inne zadania powierzone im imiennie przez dyrektora.

Rozdział V

Obowiązki kierowników jednostek i komórek organizacyjnych

§ 11.

1. Kierownicy poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za realizację zadań podległych im jednostek i komórek, a w szczególności za:
 - 1) właściwą organizację pracy w podległych im jednostkach i komórkach organizacyjnych, zapewniającą realizację powierzonych zadań,
 - 2) koordynację bieżących prac,
 - 3) nadzór i kontrolę prawidłowości i terminowości wykonywania obowiązków służbowych przez podległych im pracowników,
 - 4) nadzór nad rzetelnym prowadzeniem dokumentacji oraz sprawozdawczości z zakresu wykonanych przez daną jednostkę lub komórkę organizacyjną prac, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz regulacjami wewnętrznymi Instytutu,
 - 5) skutki podjętych przez siebie działań lub ich zaniechań,
 - 6) właściwą gospodarkę powierzonym mieniem i jego ochronę, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i regulacjami wewnętrznymi Instytutu,
 - 7) przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych obowiązujących dla poszczególnych stanowisk pracy oraz zasad postępowania w przypadku wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń ludzi i mienia,
 - 8) dyscyplinę pracy i efektywne wykorzystywanie czasu pracy przez podległych im pracowników.
2. Kierownicy odpowiadają za wykonywanie zadań merytorycznie związanych z zakresem działalności kierowanych przez nich jednostek lub komórek organizacyjnych oraz doraźnie zleczanych przez dyrektora lub jego zastępcę właściwego dla przedmiotu działania danej jednostki lub komórki organizacyjnej.
3. Kierownicy realizują zadania powierzone im imiennie przez dyrektora lub jego zastępcę, zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym.
4. Kierownik jednostki lub komórki organizacyjnej jest przełożonym pracowników w niej zatrudnionych.

§ 12.

Do obowiązków kierowników jednostek i komórek organizacyjnych należy zapoznawanie się z powszechnie obowiązującymi i wewnętrznymi przepisami prawa oraz przekazywanie ich podległym pracownikom w celu umożliwienia zapoznania się z ich treścią i stosowania w realizacji bieżących zadań.

§ 13.

1. Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu uczestniczą w realizacji przyjętej w Instytucie polityki kadrowej, kierując się zasadą optymalnego dla potrzeb danej jednostki lub komórki zatrudnienia oraz racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów kadrowych.
2. Kierownicy dbają o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych im pracowników.
3. Kierownicy realizują politykę kadrową również poprzez wnioskowanie o nagrodzenie, awansowanie lub ukaranie pracownika, zgodnie z obowiązującymi regulaminami pracy i wynagradzania.

§ 14.

1. Kierownicy jednostek lub komórek organizacyjnych ustalają indywidualne zakresy obowiązków dla pracowników jednostek i komórek organizacyjnych im podległych.
2. Kierownicy zobowiązani są do ustalenia indywidualnych zakresów obowiązków niezwłocznie po przystąpieniu pracownika do pracy lub po zmianie rodzaju pracy.
3. Zakresy obowiązków, o których mowa w ust. 2, są ustalane w formie pisemnej (opis stanowiska pracy) i podpisywane przez bezpośredniego przełożonego.
4. Opisy stanowisk pracy sporządzane są w dwóch egzemplarzach: jeden dla pracownika, drugi do akt osobowych.

Rozdział VI

Obowiązki i uprawnienia pracowników Instytutu

§ 15.

1. Obowiązki służbowe pracowników Instytutu określają ich indywidualne zakresy czynności.
2. Ogólne prawa i obowiązki pracowników wynikające z przepisów prawa pracy określają regulaminy pracy i wynagrodzenia.

Rozdział VII

Organizacja Instytutu

§ 16.

1. Struktura organizacyjna Instytutu, z zastrzeżeniem ust. 2, obejmuje: pionory, jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. W strukturze organizacyjnej pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych wyodrębnia się przedsiębiorstwa, na zasadach określonych w części III niniejszego Regulaminu.
3. Pionory, jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy, wchodzące w strukturę organizacyjną Instytutu, tworzy, likwiduje lub przekształca dyrektor.
4. Strukturę organizacyjną Instytutu określa załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 17.

Zadania Instytutu realizowane są przez pionory:

- 1) dyrektora,
- 2) zastępcy dyrektora ds. nauki,
- 3) zastępcy dyrektora ds. klinicznych,
- 4) zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa,
- 5) zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych,

§ 18.

1. W strukturę organizacyjną poszczególnych pionów Instytutu, z wyłączeniem pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych, wchodzi: działy, sekcje lub samodzielne stanowiska pracy.
2. Wewnętrzną strukturę organizacyjną działów mogą tworzyć sekcje.

§ 19.

1. W strukturę organizacyjną pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych wchodzi: kliniki, zakłady, izba przyjęć, apteka, oddziały, poradnie lub pracownie.
2. W strukturę organizacyjną pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych mogą również wchodzić: działy, sekcje lub samodzielne stanowiska pracy.
3. Wewnętrzną strukturę organizacyjną klinik mogą tworzyć: oddziały, poradnie, pracownie.
4. Wewnętrzną strukturę organizacyjną zakładów mogą tworzyć poradnie lub pracownie.
5. W przypadkach uzasadnionych specyfiką zakresu działania, wymagającą szczególnej formy organizacyjnej, nazewnictwo jednostek i komórek organizacyjnych pionu może odbiegać od wskazanego w ust 1–4.

§ 20.

1. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu dyrektora wykonują zadania na rzecz realizacji celów statutowych Instytutu, a w szczególności w zakresie:
 - 1) organizacji i zarządzania, obsługi prawnej i kształtowania stosunków prawnych z innymi podmiotami, współpracy z Radą Naukową,
 - 2) utrzymywania struktury zintegrowanego systemu zarządzania, spójnej z zakresem działania Instytutu, udziału w określaniu polityki jakości, zarządzania ryzykiem związanym ze świadczeniem usług zdrowotnych,
 - 3) prowadzenia polityki kadrowej i obsługi pracowników w zakresie spraw pracowniczych, a także prowadzenia dokumentacji dotyczącej przebiegu pracy pracowników,
 - 4) koordynacji procesu planowania ekonomicznego (budżetowania) komórek organizacyjnych, przygotowania planu rzeczowo- finansowego Instytutu i jego korekt, kontroli zgodności kosztów operacyjnych i wydatków inwestycyjnych z planem ekonomicznym, kalkulacji kosztów, analiz ekonomicznych,
 - 5) *public relations*,
 - 6) realizacji polityki i obsługi administracyjnej w zakresie badań klinicznych, badań obserwacyjnych oraz innych sponsorowanych prac badawczych prowadzonych w Instytucie,
 - 7) kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, prowadzenia innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego,
 - 8) informatyzacji, projektowania infrastruktury oraz instalacji nowego sprzętu, zarządzania systemami informatycznymi i zasobami komputerów,
 - 9) zarządzania infrastrukturą Instytutu w zakresie obsługi administracyjnej i technicznej, a w szczególności: administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami Instytutu, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i budowli, remontów i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Instytutu, transportu, gospodarki magazynowej, koordynacji służb ds. bezpieczeństwa,
 - 10) administrowania bezpieczeństwem informacji,
 - 11) prowadzenia działalności kontroli wewnętrznej,
 - 12) przestrzegania warunków bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony radiologicznej,
 - 13) obronności.
2. Zadania statutowe Instytutu realizowane są bezpośrednio przez jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów:
 - 1) zastępcy dyrektora ds. nauki – w zakresie działalności naukowej i badawczo-rozwojowej,
 - 2) zastępcy dyrektora ds. klinicznych oraz zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. nauki wykonują zadania w zakresie:
 - 1) prowadzenia badań naukowych oraz prac badawczo-rozwojowych w systemie grantów przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,
 - 2) realizowania innych programów i zadań naukowych,
 - 3) prowadzenia badań naukowych w systemie tzw. grantów wewnętrznych, finansowanych ze środków przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,
 - 4) koordynowania badań i prac prowadzonych z udziałem innych podmiotów,
 - 5) działalności wspomagającej badania finansowane lub dofinansowywane w szczególności ze środków przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,
 - 6) zarządzania badaniami klinicznymi,
 - 7) gromadzenia danych dotyczących dorobku pracowników Instytutu,
 - 8) upowszechniania wyników prowadzonych badań naukowych,
 - 9) opracowywania i udostępniania informacji naukowej,
 - 10) opracowywania opinii i ekspertyz,
 - 11) współpracy naukowej z ośrodkami naukowymi i dydaktycznymi krajowymi i zagranicznymi,
 - 12) utrzymywania nieujemnego bilansu przychodów i kosztów we właściwym jednostkom i komórkom obszarze działalności.
4. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych wykonują zadania w zakresie:
 - 1) leczenia stacjonarnego – zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i postępowania leczniczego ogólnopediatrycznego i wysokospecjalistycznego,

- 2) leczenia ambulatoryjnego – prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej i profilaktycznej,
 - 3) postępowania rehabilitacyjnego – udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej,
 - 4) diagnostyki – wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji,
 - 5) planowania żywienia dla pacjentów szpitala, zgodnie z zasadami racjonalnego żywienia i stosownie do specyficznych diet leczniczych i diet indywidualnych zgodnie z wykazem diet obowiązujących w Instytucie,
 - 6) adaptacji społecznej, pomocy rodzinie,
 - 7) profilaktyki i promocji zdrowia,
 - 8) orzekania o stanie zdrowia pacjenta,
 - 9) zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - 10) współuczestnictwa w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Instytucie,
 - 11) zarządzania jakością, poprawy jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych,
 - 12) analizy rynku i konkurencyjności w zakresie usług medycznych,
 - 13) kontraktowania i rozliczania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów Instytutu,
 - 14) prowadzenia sprzedaży usług zdrowotnych na rzecz płatników innych niż publiczni,
 - 15) zakupu usług zdrowotnych,
 - 16) prowadzenia dokumentacji badań klinicznych, wydawanych ekspertyz, opinii użytkowych i sądowych,
 - 17) obsługi kancelaryjnej i archiwizacji dokumentów Instytutu, organizacji pracy kartoteki, nadzoru nad powielaniem dokumentacji w centralnej powielarni Instytutu, nadzoru nad udostępnianiem dokumentacji z zasobów kartoteki i archiwum zakładowego,
 - 18) utrzymywania nieujemnego bilansu przychodów i kosztów we właściwym jednostkom i komórkom obszarze działalności.
5. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa wykonują zadania w szczególności w zakresie: organizacji pracy pielęgniarskiej, czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, monitorowania zaopatrzenia w sprzęt, narzędzia i inne wyroby medyczne, środki do sterylizacji i dezynfekcji oraz kontroli procesów sterylizacyjnych, prowadzenia działalności na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia, kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego.
6. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych realizują zadania w zakresie: strategicznego planowania i zarządzania finansami Instytutu, monitorowania i kontrolowania stopnia realizacji budżetu, nadzorowania i dbałości o kontakty z zewnętrznymi instytucjami finansowymi, bankami, negocjowania warunków umów, lokat i kredytów, obsługi finansowo-księgowej, w tym prowadzenia bieżących rozliczeń z kontrahentami, sprawozdawczości finansowej i statystycznej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, obsługi pracowników w zakresie naliczania wynagrodzeń i innych świadczeń związanych z pracą, opracowywania statystyk, kontroli rentowności usług, efektywności zakupów i wydatków inwestycyjnych Instytutu, analiz rynków zapotrzebowania i siły zakupowej Instytutu, prowadzenia postępowań o zamówienia publiczne i dokonywania zakupów w trybie uproszczonym, nadzoru nad przeprowadzaniem i rozliczaniem inwentaryzacji składników majątku Instytutu, a także prowadzenia działalności w zakresie żywienia zbiorowego, w szczególności pacjentów i pracowników Instytutu oraz w zakresie produkcji i dystrybucji posiłków dla pacjentów do 1. roku życia (kuchnia mleczna).
7. Zakres zadań jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy poszczególnych pionów działalności Instytutu określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział VIII

Symbole identyfikacyjne stosowane w Instytucie

§ 21.

1. W Instytucie – dla potrzeb wewnętrznych – stosuje się literowy system oznaczeń pionów, jednostek, komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy.
2. Oznaczenia literowe, o których mowa w ust. 1, stanowią symbole identyfikacyjne pionów, jednostek, komórek organizacyjnych lub samodzielnych stanowisk pracy.
3. Wykaz symboli identyfikacyjnych, o których mowa w ust. 2, zawiera załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział X

Akty kierownictwa wewnętrznego

§ 22.

1. Szczegółowe regulacje określające zasady i tryb postępowania dla określonych rodzajów działalności Instytutu wprowadzane są zarządzeniami dyrektora lub poleceniami wewnętrznymi zastępcy dyrektora właściwego dla przedmiotu regulacji.
2. Zarządzeniami dyrektora wprowadza się również zmiany do niniejszego Regulaminu.

CZĘŚĆ III

Działalność lecznicza Instytutu

Rozdział I

Zakłady Instytutu i wykonywana w nich działalność lecznicza

§ 23.

1. Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia wykonując zadania w ramach:
 - 1) zakładu Szpital z zakresu lecznictwa stacjonarnego – poprzez zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i leczenia,
 - 2) zakładu Ambulatorium i Diagnostyka z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego i diagnostyki – poprzez prowadzenie działalności konsultacyjnej i leczniczej, wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji,
 - 3) zakładu Rehabilitacja i Oddziały Dienne z zakresu lecznictwa rehabilitacyjnego i lecznictwa całodziennego – poprzez udzielanie świadczeń w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz opieki długoterminowej w zakresie:
 - a) usprawniania ruchowego,
 - b) fizjoterapii,
 - c) psychoterapii oraz zaopatrzenia w specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny i protetyczny,
 - d) specjalistycznej opieki domowej.
2. Zakłady Instytutu wykonują również zadania z zakresu:
 - 1) profilaktyki – poprzez realizację świadczeń zdrowotnych oraz programów zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania,
 - 2) realizacji programów polityki zdrowotnej,
 - 3) opracowywania standardów procedur medycznych,
 - 4) prowadzenia edukacji i promocji zdrowia.
3. Przez świadczenia zdrowotne rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.

4. Świadczeniami szpitalnymi są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych, stacjonarnych i całodobowych lub ambulatoryjnych warunkach.
5. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia wykonywane z zamiarem udzielania ich w czasie nieprzekraczającym 24 godzin.
6. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w sytuacjach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w odpowiednio urządzonych stałych pomieszczeniach Instytutu lub w miejscu pobytu pacjenta.
7. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą obejmować także badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
8. W Instytucie świadczenia szpitalne i ambulatoryjne udzielane są w zakresie specjalności medycznych:
 - 1) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 2) audiologii i foniatrii,
 - 3) chirurgii dziecięcej,
 - 4) chorób metabolicznych,
 - 5) diabetologii,
 - 6) endokrynologii,
 - 7) gastroenterologii i hepatologii,
 - 8) immunologii,
 - 9) kardiologii,
 - 10) kardiochirurgii,
 - 11) nefrologii i nadciśnienia tętniczego,
 - 12) neurochirurgii,
 - 13) neurologii i epileptologii,
 - 14) okulistyki,
 - 15) onkologii,
 - 16) otolaryngologii,
 - 17) neonatologii, patologii i intensywnej terapii noworodka,
 - 18) pediatrii i żywienia,
 - 19) rehabilitacji neurologicznej i pediatrycznej,
 - 20) transplantologii,
 - 21) urologii dziecięcej.
9. Lecznictwo ambulatoryjne prowadzone jest również w zakresie specjalności:
 - 1) alergologii,
 - 2) chemioterapii,
 - 3) chirurgii,
 - 4) chirurgii stomatologicznej dla dzieci i dorosłych,
 - 5) chorób metabolicznych,
 - 6) chorób płuc,
 - 7) chorób i transplantacji wątroby,
 - 8) diabetologii,
 - 9) dializoterapii,
 - 10) dermatologii,
 - 11) endokrynologii,
 - 12) foniatrii i audiologii,
 - 13) gastroenterologii,
 - 14) genetyki,
 - 15) ginekologii dziecięcej,
 - 16) immunologii,
 - 17) kardiologii,
 - 18) laryngologii,
 - 19) logopedii,
 - 20) nefrologii i nadciśnienia tętniczego,
 - 21) neurologii i epileptologii,
 - 22) okulistyki,
 - 23) onkologii dla dzieci i młodzieży,

- 24) transplantacji nerek,
 - 25) urologii,
 - 26) żywienia
 - 27) psychologii,
 - 28) psychiatrii,
 - 29) stomatologii,
10. Działalność diagnostyczna prowadzona jest w szczególności w zakresie:
- 1) biochemii i medycyny doświadczalnej,
 - 2) diagnostyki laboratoryjnej,
 - 3) diagnostyki obrazowej,
 - 4) genetyki medycznej,
 - 5) immunologii i mikrobiologii klinicznej,
 - 6) medycyny nuklearnej,
 - 7) patologii,
 - 8) radioimmunologii.
11. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach działalności leczniczej przedsiębiorstw Instytutu są wykonywane na terenie Instytutu, przy al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, z zastrzeżeniem świadczeń udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w innym miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych).

Rozdział II

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez Instytut

§ 24.

1. Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które w szczególności polegają na badaniu pacjenta, ocenie jego stanu zdrowia, zleceniu wykonania koniecznych badań diagnostycznych, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, prowadzeniu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, przepisaniu niezbędnych leków oraz poinformowaniu o sposobie ich zażywania, przeprowadzaniu konsultacji specjalistycznych, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, udzieleniu informacji o proponowanym sposobie leczenia i alternatywnych metodach leczenia.
2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Instytucie obowiązuje tryb określony w niniejszym Regulaminie w zakresie:
 - 1) zgody pacjenta lub opiekuna pacjenta albo odmowy udzielenia zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego – odpowiednio w § 26 i § 27,
 - 2) wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – w §§ 57-59,
 - 3) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta – w § 63,
 - 4) zachowania w tajemnicy informacji związanych z leczeniem pacjenta oraz jego danych osobowych – odpowiednio w § 64 i § 65,
 - 5) innych praw pacjenta.

§ 25.

1. Zadania, o których mowa w § 24, realizowane są przez właściwe dla przedmiotu działania jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów działalności klinicznej, przy czym:
 - 1) przez jednostkę organizacyjną należy rozumieć klinikę, zakład, samodzielny oddział lub samodzielną pracownię,
 - 2) przez komórkę organizacyjną należy w szczególności rozumieć: oddział, poradnię, pracownię, izbę przyjęć, aptekę, a także dział lub sekcję.
2. Za realizację zadań, o których mowa w ust. 1, odpowiadają odpowiednio kierownicy poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.
3. W przypadku:
 - 1) poradni stanowiących samodzielne jednostki organizacyjne przedsiębiorstwa Ambulatorium i Diagnostyka,
 - 2) oddziałów stanowiących samodzielne jednostki organizacyjne przedsiębiorstwa Rehabilitacja i Oddziały Dienne

- bezpośrednim zwierzchnikiem służbowym kierownika oraz zwierzchnikiem służbowym pracowników tych jednostek jest kierownik właściwej według specjalności kliniki, zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszego Regulaminu.
- 4. Nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych i pielęgnacją chorych, zgodnie z podziałem kompetencyjnym określonym w niniejszym Regulaminie, sprawują: zastępca dyrektora ds. klinicznych i zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa.
- 5. Strukturę organizacyjną przedsiębiorstw Instytutu określa załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 26.

1. W Instytucie świadczenia zdrowotne udzielane są w szczególności pacjentom do 18. roku życia.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane są po uzyskaniu zgody opiekuna pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 3, 4 i 6.
3. Jeżeli przepisy ustawowe, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” lub ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r., poz. 125, z późn. zm.) nie stanowią inaczej, zgoda na wykonanie świadczenia może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez zachowanie opiekuna pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania pacjenta proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.
4. Instytut może występować o wyrażenie zgody na wykonanie świadczenia w przypadkach innych niż określone przepisami, jeżeli udzielane świadczenie lub okoliczności, w jakich jest ono wykonywane, uzasadnia pobranie takiej zgody.
5. Ilekroć w niniejszym Regulaminie mowa jest o opiece pacjenta, należy przez to rozumieć osobę, która ze względu na wiek pacjenta, stan jego zdrowia lub stan psychiczny sprawuje nad nim opiekę, tj.:
 - 1) przedstawiciela ustawowego – rodziców pacjenta lub innego opiekuna ustawowego,
 - 2) opiekuna faktycznego – osobę, która bez obowiązku ustawowego, sprawuje stałą pieczę nad pacjentem – z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Opiekun faktyczny pacjenta, o którym mowa w ust. 5 pkt 2, jest uprawniony wyłącznie do wydawania zgody na przeprowadzenie badania pacjenta małoletniego.
7. W przypadku odmowy udzielenia zgody lekarz jest zobowiązany uzyskać od opiekunów pacjenta pisemne oświadczenie, że zostali oni uprzedzeni o ewentualnych następstwach niewykonania świadczenia.
8. W przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat dodatkowo wymagana jest jego zgoda, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Jeżeli pacjent, który ukończył 16 lat albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego opiekuna lub w przypadku niewyrażenia przez niego zgody, wymagane jest zezwolenie właściwego dla siedziby Instytutu sądu opiekuńczego (wydziału rodzinnego sądu rejonowego).
10. Sądem udzielającym zezwolenia na wykonywanie czynności medycznych w Instytucie jest Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi-Południe w Warszawie.
11. Wyrażona na piśmie świadoma zgoda pacjenta lub jego opiekuna dołączana jest do dokumentacji medycznej.
12. Jeżeli nie można uzyskać zgody lub oświadczeń, o których mowa w niniejszym paragrafie, informacje o tych zdarzeniach lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej.
13. W przypadku, gdy pacjent w toku leczenia uzyskuje pełnoletniość, występuje w swoim imieniu samodzielnie.

§ 27.

1. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania na nie zgody jest dopuszczalne w przypadku konieczności niezwłocznej interwencji lekarskiej, jeśli:
 - 1) pacjent nie może sam wyrazić zgody ze względu na stan zdrowia lub wiek,
 - 2) nie ma możliwości porozumienia się z jego opiekunem.
2. Decyzja lekarza o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, powinna być skonsultowana z innym lekarzem Instytutu.
3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej.

§ 28.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są po uprzednim zgłoszeniu pacjenta, zakwalifikowaniu i wyznaczeniu terminu wizyty lub hospitalizacji.
2. Zgłoszenie może nastąpić osobiście, telefonicznie, drogą mailową lub pocztową.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie właściwego skierowania, z wyłączeniem dyscyplin medycznych i grup pacjentów, dla których skierowania nie są wymagane.
4. Do świadczeń zdrowotnych udzielanych bez skierowania należą świadczenia ambulatoryjne w zakresie onkologii, ginekologii, stomatologii, psychiatrii, świadczenia dla osób zakażonych wirusem HIV i chorych na gruźlicę, niewidomych, cywilnych ofiar działań wojennych oraz świadczenia szpitalne udzielane w trybie nagłym związane z wypadkiem, urazem, zatruciem, stanem zagrożenia życia, a także w zakresie badań dawców narządów.
5. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Instytutu wymaga natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), zwanej dalej: „ustawą o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” oraz aktów wykonawczych do niej, a także ustawy o działalności leczniczej.
7. Świadczenie zdrowotne może być udzielone bezpłatnie lub za częściową odpłatnością wyłącznie po przedstawieniu przez pacjenta lub opiekuna pacjenta aktualnego dokumentu ubezpieczenia lub innego dokumentu potwierdzającego prawo do takich świadczeń w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku stanu nagłego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.) dokument, o którym mowa w ust. 7, może zostać przedstawiony w innym czasie, lecz nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu, a jeżeli przedstawienie takiego dokumentu w tym terminie nie jest możliwe – w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
9. Należność za świadczenia zdrowotne udzielane odpłatnie, w szczególności w przypadku nieudokumentowania prawa do świadczeń zgodnie z ust. 7 i 8, jest naliczana zgodnie z obowiązującym w Instytucie Cennikiem Usług Medycznych, stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
10. Cennik Usług Medycznych, w oparciu o kalkulacje kosztów dokonywane przez Dział Analiz Ekonomicznych, a także rozeznanie rynku jest ustalany przez Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej i zatwierdzany przez dyrektora.
11. Cennik Usług Medycznych podlega aktualizacji nie rzadziej niż 2 (dwa) razy w roku w trybie przyjętym dla zmian niniejszego Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. W poszczególnych pozycjach Cennika Usług Medycznych dopuszcza się zmiany bez zachowania trybu określonego w ust. 11. W takim przypadku ustalone przez Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej (po uzgodnieniu z kierownikiem zakładu/pracowni, gdzie wykonywane są poszczególne badania) zmiany w Cenniku Usług Medycznych wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez dyrektora.
13. Aktualny Cennik Usług Medycznych znajduje się do wglądu na stronie internetowej Instytutu, a także w Kasie Instytutu.
14. Informacje o cenach usług świadczonych odpłatnie można uzyskać telefonicznie (tel. 22 815 70 99).

§ 29.

1. Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania określają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministrem Zdrowia, a także umowy zawarte między Instytutem a innymi podmiotami leczniczymi.
2. Za prawidłowe pod względem formalno-prawnym i terminowe przygotowanie umów oraz za monitorowanie stopnia ich realizacji odpowiadają kierownicy właściwych merytorycznie działów.
3. Za realizację umów na świadczenia zdrowotne odpowiadają, stosownie do przedmiotu umowy, kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych udzielających tych świadczeń.

Rozdział III

Tryb kwalifikowania i przyjmowania pacjentów

§ 30.

1. Pacjenci do leczenia w Instytucie kwalifikowani są na podstawie skierowania, z zastosowaniem postanowień, o których mowa w § 28 ust. 1 i 2 niniejszego Regulaminu.
2. Skierowania wpływają do Kancelarii Głównej i są przekazywane do odpowiednich poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych, pracowni, Obsługi Ruchu Pacjentów.
3. Obsługa Ruchu Pacjentów składa się z Telefonicznej Obsługi Pacjentów Zespołu Poradni Specjalistycznych (Infolinii), Rejestracji i Punktu Informacyjnego.
4. Zadania Obsługi Ruchu Pacjenta:
 - 1) udzielanie interesantom wszelkich informacji osobiście, telefonicznie lub pisemnie,
 - 2) zarządzanie komunikacją telefoniczną na terenie Instytutu,
 - 3) udzielanie informacji o lokalizacji jednostek w Instytucie,
 - 4) kolportaż materiałów informacyjnych o Instytucie i pomoc w ich interpretacji,
 - 5) obsługa pacjentów pierwszorazowych w zakresie:
 - a) rejestracji skierowań,
 - b) weryfikacji poprawności skierowania i ubezpieczenia lub innego dokumentu, o którym mowa w § 28 ust. 7,
 - c) wprowadzania podstawowych danych identyfikujących pacjenta do systemu informatycznego,
 - d) wyznaczania terminów wizyt,
 - e) informowania o właściwym przygotowaniu się do wizyty,
 - f) wprowadzania do terminarzy potwierdzeń lub wszelkich zmian związanych z terminami,
 - 6) obsługa pacjentów Instytutu w zakresie:
 - a) wyznaczania terminów wizyt,
 - b) wprowadzania do terminarzy potwierdzeń lub wszelkich zmian związanych z terminami,
 - c) aktualizacji i uzupełniania brakujących danych o pacjencie w systemie informatycznym.
5. Decyzję w sprawie wyznaczenia terminu przyjęcia pacjenta na leczenie szpitalne, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w klinikach Instytutu oraz poradniach nienależących do Zespołu Poradni Specjalistycznych lub udzielenia informacji co do dalszego postępowania (w przypadku niezakwalifikowania pacjenta) podejmuje kierownik kliniki, określony zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszego Regulaminu, kierownik poradni lub imiennie wyznaczony przez niego lekarz. O decyzji, terminie i prawidłowym przygotowaniu się pacjenta do leczenia szpitalnego informacji udziela pracownik wskazany przez kierownika jednostki.
6. O wyznaczeniu terminu przyjęcia pacjenta oraz prawidłowym przygotowaniu się do konsultacji w poradniach należących do Zespołu Poradni Specjalistycznych informacji udziela Obsługa Ruchu Pacjenta.
7. O przyjęciu pacjenta kierowanego wyłącznie w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych decyduje kierownik zakładu, samodzielnej pracowni lub wyznaczony przez niego pracownik.

§ 31.

1. Wstępne zakwalifikowanie pacjenta i wyznaczenie terminu przyjęcia w Instytucie może nastąpić na podstawie listu pacjenta lub jego opiekuna, wiadomości mailowej, kontaktu telefonicznego lub osobistego, pod warunkiem dostarczenia w dniu przyjęcia właściwego skierowania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ewidencjonowanie i kwalifikowanie pacjenta odbywa się na zasadach określonych w § 30, z zastrzeżeniem § 28 ust. 4.

§ 32.

1. W Instytucie sporządza się listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
2. Listy pacjentów, o których mowa w ust. 1, prowadzą komórki organizacyjne udzielające świadczeń.
3. Dane o pacjentach oczekujących, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawowymi, są przesyłane do Oddziału Mazowieckiego Narodowego Funduszu Zdrowia do dnia 10. każdego miesiąca kalendarzowego.
4. Listy pacjentów oczekujących podlegają ocenie powołanego przez dyrektora Zespołu ds. oceny przyjęć.

5. Zespół, o którym mowa w ust. 2, co najmniej raz w miesiącu przeprowadza ocenę list pod względem:
 - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
 - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
 - 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
6. Zespół każdorazowo sporządza raport z oceny i przedstawia go zastępcy dyrektora ds. klinicznych i dyrektorowi.

Rozdział IV

Zasady przyjmowania pacjentów w przypadku pobierania opłat za świadczenia zdrowotne

§ 33.

1. W Instytucie wykonywane są hospitalizacje pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Podstawę do naliczenia wstępnej i ostatecznej należności za leczenie szpitalne stanowią dane zawarte w *Karcie odpłatnego leczenia pacjenta*, której wzór stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
3. Planując przyjęcie pacjenta, kierownik właściwej kliniki/oddziału lub lekarz prowadzący wypełnia *Kartę odpłatnego leczenia pacjenta*, uwzględniając informacje o wszystkich planowanych do wykorzystania zasobach: procedurach medycznych zabiegowych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych, lekach, preparatach krwi, liczbie osobodni, obejmujących cały planowany pobyt pacjenta (w tym hospitalizacje na wszystkich planowanych oddziałach).
4. Sekretariat oddziału przekazuje poprawnie i kompletnie wypełnioną Kartę, o której mowa w ust. 2, do Działu Analiz Ekonomicznych (celem wyliczenia wstępnego kosztu świadczenia) oraz informuje Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej o planowanym terminie przyjęcia pacjenta. Przekazanie Karty odbywa się drogą elektroniczną.
5. Dział Analiz Ekonomicznych dokonuje kalkulacji kosztów hospitalizacji na podstawie informacji zawartych w Karcie, o której mowa w ust. 2, w oparciu o faktyczne koszty zasobów, w szczególności koszty leków, koszty procedur oszacowane na podstawie ankietyzacji oraz koszty osobodnia oszacowane na podstawie księgowych danych historycznych. Dział Analiz Ekonomicznych każdorazowo, po wyliczeniu zarówno wstępnego jak i ostatecznego kosztorysu leczenia pacjenta, najpóźniej w następnym dniu roboczym przesyła dane do Sekcji Wsparcia Pracy Klinicznej.
6. Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej na podstawie kosztorysu przygotowuje wstępną wycenę planowanej hospitalizacji, w tym ustala kwotę zaliczki stanowiącą 100% wstępnej wyceny. Następnie drogą elektroniczną wysyła informację o wstępnej wycenie i kwocie zaliczki właściwemu oddziałowi, Kasie Instytutu oraz do Działu Księgowości.
7. Sekretariat oddziału przekazuje informację o kwocie zaliczki opiekunom pacjenta.
8. Wpłaty zaliczki należy dokonać na rachunek bankowy Instytutu, a dowód wpłaty (potwierdzenie przelewu) okazać w Izbie Przyjęć w dniu przyjęcia pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 10, 11 i 13.
9. Przyjęcie pacjenta do odpłatnego leczenia szpitalnego odbywa się przez Izbę Przyjęć, w trybie ogólnie przyjętym w Instytucie, zgodnie z §§ 39-47.
10. W przypadku nieuiszczenia opłaty w formie bezgotówkowej, opiekun pacjenta przyjmowanego w trybie planowym, kierowany jest do Kasy Instytutu w godzinach jej pracy w celu wpłaty zaliczki za planowane leczenie, w wysokości określonej zgodnie z ust. 6.
11. W przypadku przyjęcia pacjenta w godzinach wieczornych i w dni wolne od pracy, wszelkie płatności realizowane są w pierwszym dniu roboczym następującym po przyjęciu.
12. Osoba rejestrująca w Izbie Przyjęć uzyskuje od opiekunów deklarację o pokryciu pełnej kwoty ostatecznej wyceny hospitalizacji. Dokument jest dołączany do historii choroby pacjenta.
13. W przypadku przyjęcia w trybie nagłym i przewidywanym znaczącym koszcie hospitalizacji, oddział prowadzący leczenie pacjenta, bez zbędnej zwłoki, przekazuje Kartę, o której mowa w ust. 2 do Działu Analiz Ekonomicznych celem określenia wstępnego kosztorysu, wyceny i pobrania zaliczki, w wysokości określonej zgodnie z ust. 6.
14. W przeddzień planowanego wypisu pacjenta ze szpitala, kierownik właściwej kliniki/oddziału lub lekarz prowadzący lub osoba przez niego wskazana weryfikuje faktycznie wykonane świadczenia medyczne w karcie, o której mowa w ust. 2.

15. Sekretariat oddziału przekazuje Kartę, o której mowa w ust. 2, do Działu Analiz Ekonomicznych celem wyliczenia ostatecznego kosztorysu hospitalizacji oraz informuje Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej o terminie wypisu pacjenta ze szpitala. Przekazanie Karty odbywa się drogą elektroniczną.
16. Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej na podstawie kosztorysu przygotowuje ostateczną wycenę hospitalizacji i przekazuje informację o całkowitej kwocie właściwemu oddziałowi, Kasie Instytutu (gotówka) lub do Działu Księgowości (przelew).
17. Sekretariat oddziału przekazuje informację o ostatecznej opłacie za hospitalizację opiekunom pacjenta.
18. W sytuacji niedoboru zaliczki względem opłaty końcowej opiekun pacjenta zobowiązany jest do uregulowania płatności przelewem na wskazane konto bankowe lub w Kasie Instytutu przed wypisem dziecka ze szpitala. W przypadku nadpłaty zaliczka zostaje zwrócona na konto wskazane przez opiekunów pacjenta lub wydana w Kasie Instytutu.
19. Dział Księgowości powiadamia Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej w przypadku, gdy powyższa kwota wpłacona zostanie na konto Instytutu – wówczas Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej wystawia fakturę za hospitalizację. Jeżeli natomiast należność zostanie uregulowana w Kasie, wówczas Kasa Instytutu wystawia dokument rozliczeniowy.

§ 34.

1. W Instytucie wykonywane są konsultacje ambulatoryjne oraz badania laboratoryjne i diagnostyczne pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Za leczenie takich pacjentów Instytut pobiera należność według cennika, o którym mowa w § 28 ust. 9-14.
3. Na przyjęcie pacjenta w poradni specjalistycznej bądź pracowni diagnostycznej wyraża zgodę kierownik jednostki lub lekarz do tego upoważniony.
4. Badania laboratoryjne są wykonywane bez uzgadniania terminu w pracowniach.
5. Rejestracja (ogólna, poradni, pracowni) informuje pacjenta o konieczności uiszczenia opłaty przed zgłoszeniem się na planowaną konsultację lub badanie.
6. Opłata za wszystkie odpłatne świadczenia uiszczana jest w Kasie Instytutu w godzinach jej pracy.
7. Dokument potwierdzający wniesienie opłaty jest podstawą realizacji wizyty, badania diagnostycznego i laboratoryjnego.

Rozdział V

Przyjmowanie pacjenta do szpitala Zadania Izby Przyjęć

§ 35.

1. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie badań lekarskich osób zgłaszających się w celu hospitalizacji planowych,
 - 2) konsultowanie chorych zgłaszających się do Instytutu bez ustalonego terminu przyjęcia i ewentualne kwalifikowanie ich do leczenia szpitalnego,
 - 3) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 4) udzielanie pomocy doraźnej w stanie zagrożenia życia i zdrowia,
 - 5) rejestracja pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć, w tym osób z wypadków,
 - 6) zgłaszanie wypadków i zgonów w Izbie Przyjęć do prokuratury lub policji,
 - 7) zgłaszanie do stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzonych w Izbie Przyjęć przypadków chorób zakaźnych,
 - 8) zabezpieczenie sprawnego funkcjonowania filtrów przyjęć pacjentów,
 - 9) transport materiału biologicznego z oddziałów do pracowni diagnostyki laboratoryjnej,
 - 10) w przypadku zgonu pacjenta, pomoc w przewiezieniu zwłok z oddziału do chłodni w Zakładzie Patologii,
 - 11) prowadzenie dokumentacji medycznej Izby Przyjęć, do której należy:
 - a) księga główna szpitala (w wersji elektronicznej),
 - b) księga odmów oraz ich analiza,
 - c) książka porad ambulatoryjnych,
 - d) książka raportów,
 - 12) prowadzenie wykazu wolnych łóżek na poszczególnych oddziałach Instytutu,
 - 13) prowadzenie statystyki z działalności Izby Przyjęć w zakresie udzielanych świadczeń ambulatoryjnych.

2. W sytuacji wystąpienia zagrożeń nadzwyczajnych, w tym działań terrorystycznych, praca Izby Przyjęć może być wzmocniona przez personel medyczny klinik Instytutu.
3. Personel Izby Przyjęć podlega kierownikowi, a poza godzinami jego pracy – lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć.

§ 36.

1. Izba Przyjęć jest czynna całą dobę.
2. Praca w Izbie Przyjęć odbywa się w systemie zmianowym, według rozkładu zajęć ustalonego przez zastępcę dyrektora ds. klinicznych i naczelną pielęgniarkę.
3. W celu zapewnienia sprawnego działania kierownik Izby Przyjęć lub lekarz pełniący dyżur zobowiązany jest:
 - 1) sprawdzać stan wyposażenia w leki, urządzenia, aparaturę i instrumentarium,
 - 2) zapewnić współpracę z poszczególnymi klinikami i pracownikami diagnostycznymi, zwłaszcza egzekwować obowiązek składania lekarzowi dyżurnemu wykazów wolnych miejsc na oddziałach.
4. W Izbie Przyjęć znajduje się wykaz numerów alarmowych oraz telefonów i adresów szpitali dyżurnych, komisariatu policji, prokuratury rejonowej.
5. W Izbie Przyjęć dostępny jest również spis telefonów i adresów pracowników sprawujących funkcje kierownicze w Instytucie.

§ 37.

1. Świadczenia zdrowotne w Izbie Przyjęć udzielane są po uzyskaniu zgody na ich wykonanie, na zasadach określonych w § 26 niniejszego Regulaminu.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania zgody odbywa się na zasadach określonych w § 27 niniejszego Regulaminu.

§ 38.

1. Pacjenci w stanie zagrożenia życia kierowani są bezpośrednio do gabinetu pomocy doraźnej, gdzie we współpracy z personelem z Oddziału Intensywnej Terapii I, zostają poddani odpowiednim zabiegom resuscytacyjnym.
2. W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej pacjent zatrzymywany jest w izolatce zakaźnej, a lekarz decyduje o dalszym postępowaniu: leczeniu w domu lub przewiezieniu do szpitala zakaźnego.

§ 39.

1. Przyjęcie pacjenta do szpitala odbywa się za pośrednictwem Izby Przyjęć.
2. Pacjent zgłaszający się do Izby Przyjęć w wyznaczonym terminie hospitalizacji powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i skierowany na właściwy oddział.

§ 40.

1. Pacjent zgłaszający się bez skierowania lub ustalonego terminu wizyty w poradni czy przyjęcia do szpitala, bądź przywieziony przez zespół ratownictwa medycznego jest badany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć, który podejmuje decyzję co do dalszego postępowania, zgodnie z ust. 2-6.
2. Jeżeli z badania wstępnego wynika konieczność hospitalizacji, rodzaj schorzenia mieści się w profilu leczniczym Instytutu a właściwa klinika Instytutu dysponuje wolnym miejscem – pacjent powinien być przyjęty. W zakresie dokumentacji medycznej obowiązuje tryb postępowania określony w § 114 niniejszego Regulaminu.
3. Jeżeli lekarz dyżurny Izby Przyjęć stwierdza potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu a brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie pacjenta do Instytutu, lekarz, po udzieleniu niezbędnej pomocy i uprzednim porozumieniu się z innym szpitalem, zapewnia przewiezienie pacjenta do tego szpitala. Do dokumentacji medycznej lekarz dokonuje wpisu dotyczącego rozpoznania, stanu zdrowia, podjętych czynnościach. Stosowną informację w tym zakresie przekazuje szpitalowi, do którego kieruje pacjenta.
4. Jeżeli u pacjenta stwierdza się zaburzenia psychiczne, po uprzednim skonsultowaniu się z lekarzem psychiatrą Instytutu, lekarz dyżurny porozumiewa się z właściwym szpitalem psychiatrycznym celem przebadania bądź umieszczenia pacjenta w tym szpitalu. W zakresie dokumentacji medycznej stosuje się tryb postępowania określony w ust. 3.

5. W przypadku stwierdzenia konieczności przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej lub badań diagnostycznych w Instytucie, w zależności od stanu klinicznego pacjenta, lekarz dyżurny wzywa konsultanta w trybie natychmiastowym bądź ustala termin wizyty w poradni lub pracowni. Informację o terminie wizyty lub badania otrzymuje opiekun pacjenta, a w zakresie dokumentacji medycznej dokonuje się stosownego wpisu dotyczącego udzielonego świadczenia zdrowotnego i ustalonego terminu.
6. Jeżeli pacjent nie wymaga leczenia w Instytucie, jego opiekun otrzymuje kartę informacyjną z zaleceniami co do dalszego postępowania, a w dokumentacji medycznej Instytutu dokonuje się stosownego wpisu o udzielonym świadczeniu.

§ 41.

1. O fakcie przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego pacjenta, który uległ wypadkowi, Izba Przyjęć zawiadamia właściwy komisariat policji.
2. Dane personalne i inne informacje o pacjencie przywiezionym w następstwie wypadku wpisuje się do księgi ambulatoryjnej.
3. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć wpisuje także dane personalne osób towarzyszących pacjentowi, informacje dotyczące okoliczności wypadku i miejsca znalezienia pacjenta, jego stanu zdrowia, czasu i okoliczności transportu – na podstawie posiadanych i okazanych przez te osoby dokumentów i ustnych relacji.

§ 42.

Jeżeli lekarz Izby Przyjęć badając pacjenta stwierdzi lub poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności ustroju powstało w związku z usiłowaniem zabójstwa lub samobójstwa, zatruciem albo innym działaniem osób trzecich, jest zobowiązany niezwłocznie o tym przypadku powiadomić właściwy komisariat policji i dyżurnego prokuratora.

§ 43.

W przypadku przywiezienia pacjenta małoletniego, bez wiedzy jego opiekunów, Izba Przyjęć niezwłocznie podejmuje próbę powiadomienia ich o tym fakcie. W przypadku braku kontaktu z opiekunami, Izba Przyjęć informuje o tym fakcie oddział przyjmujący pacjenta.

§ 44.

1. Sekretarka medyczna Izby Przyjęć, przed przyjęciem pacjenta na oddział, weryfikuje kompletność dokumentacji niezbędnej do przyjęcia, wypełnia obowiązujące formularze związane z przyjęciem do szpitala oraz dokonuje wpisu do systemu informatycznego.
2. Historia choroby zakładana jest przez Izbę Przyjęć, zgodnie § 114 niniejszego Regulaminu.

§ 45.

1. Tożsamość pacjenta poniżej 18. roku życia lekarz dyżurny Izby Przyjęć stwierdza na podstawie dokumentu tożsamości jego opiekunów. Do dokumentacji medycznej pacjenta wpisuje się dane personalne jego opiekunów oraz rodzaj, numer i serię dokumentu, na podstawie którego dane te zostały ustalone, z zastrzeżeniem ust. 2. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość opiekuna, do dokumentacji wpisuje się odpowiednią adnotację. Jeżeli matka nosi inne nazwisko, podpisuje odpowiednie oświadczenie.
2. Jeżeli tożsamości pacjenta nie można ustalić z uwagi na brak dokumentów, nieobecność opiekunów lub innych osób mogących potwierdzić dane, niemożność porozumienia się z pacjentem ze względu na jego wiek lub stan zdrowia – obowiązuje zasada zgłaszania takiego faktu na policję i odnotowania w dokumentacji medycznej Izby Przyjęć przyjęcia pacjenta o nieznanym nazwisku.
3. Każdy pacjent zostaje zaopatrzony w znaki tożsamości.
4. Znak tożsamości, o którym mowa w ust. 3, stanowi nie budzące wątpliwości oznakowanie w postaci bransoletki wykonanej z tworzywa sztucznego, na której dokonuje się czytelnego i trwałego wpisu zawierającego imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta oraz nazwę oddziału na który pacjent jest przyjęty, w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.
5. Znaki tożsamości zakładane są wokół nadgarstków rąk lub kostek nóg pacjenta, w sposób nieuciążliwy dla pacjenta i zapewniający mu swobodę ruchów, a także zapewniający utrzymanie się założonych znaków przez okres udzielania świadczeń.

§ 46.

1. Przed umieszczeniem na oddziale, po dokonaniu oceny stanu higieny i w zależności od potrzeb, pacjent poddawany jest zabiegom higieniczno-sanitarnym oraz wyposażany w bieliznę szpitalną. Czynności te wykonywane są przez pielęgniarkę Izby Przyjęć, w przypadku pacjenta ciężko chorego pod nadzorem lekarza dyżurnego.
2. Rzeczy osobiste pacjenta mogą być przechowywane w depozycie szpitalnym lub wydane opiekunowi. W przypadku przyjęcia pacjenta w godzinach popołudniowych i nocnych rzeczy osobiste mogą być przyjęte do depozytu podręcznego Izby Przyjęć, a następnie przekazane przez pielęgniarkę Izby Przyjęć do depozytu szpitalnego.
3. Będące w posiadaniu pacjenta przedmioty wartościowe mogą być składane do depozytu szpitalnego.
4. Odbiór przedmiotów wartościowych jest możliwy wyłącznie na podstawie dokumentu potwierdzającego ich przekazanie do depozytu.

§ 47.

Pacjenta z Izby Przyjęć odbiera pielęgniarka lub opiekunka z oddziału przyjmującego.

Rozdział VI

Obowiązki lekarza dyżurnego izby przyjęć – kierownika zespołu dyżurującego

§ 48.

1. Lekarzem dyżurnym Izby Przyjęć może być lekarz, który uzyskał akceptację kierownika Izby Przyjęć i zgodę zastępcy dyrektora ds. klinicznych.
2. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć, w godzinach popołudniowych i nocnych, jest kierownikiem zespołu dyżurującego Instytutu.
3. Do lekarza dyżurnego Izby Przyjęć–kierownika zespołu dyżurującego należy pełnienie obowiązków zastępcy dyrektora ds. klinicznych w zakresie sprawowania ogólnego kierownictwa Instytutu zapewniającego sprawne funkcjonowanie szpitala oraz:
 - 1) podejmowanie ostatecznej decyzji o pilnym przyjęciu pacjenta do szpitala,
 - 2) podejmowanie działań w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) zawiadamianie dyżurnego prokuratora w przypadku podejrzenia u pacjenta choroby, uszkodzenia ciała bądź zaburzenia czynności ustroju wynikających z działania osób trzecich,
 - 4) nadzorowanie poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej,
 - 5) podejmowanie działań interwencyjnych w przypadkach tego wymagających.
4. Lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć podporządkowane są również komórki działalności pozamedycznej Instytutu, czynne w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy. Do jego obowiązków w tym zakresie w szczególności należy:
 - 1) sprawowanie ogólnego kierownictwa zapewniającego funkcjonowanie Instytutu pod względem organizacyjnym i technicznym,
 - 2) nadzorowanie przestrzegania przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 3) kontrolowanie stanu sanitarno-higienicznego,
 - 4) podejmowanie niezbędnych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, pracowników i osób przebywających na terenie Instytutu,
 - 5) podejmowanie działań interwencyjnych w przypadkach tego wymagających.

§ 49.

1. Pełnienie dyżuru w Izbie Przyjęć rozpoczyna się w dni powszednie od godziny 15.35, a w dni wolne od pracy – od godziny 8.00.
2. Obowiązki lekarza dyżurnego w dni powszednie do godziny 15.35 pełni kierownik wraz z zespołem lekarzy Izby Przyjęć.

Rozdział VII

Zakres zadań kliniki

§ 50.

1. W Instytucie podstawową jednostką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych jest klinika.
2. Kliniką kieruje kierownik, podległy bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. klinicznych.
3. W klinice może być wprowadzony Regulamin kliniki lub oddziału. Wprowadzenie Regulaminu kliniki/oddziału wymaga akceptacji kierownika kliniki/oddziału oraz zatwierdzenia przez zastępcę dyrektora ds. klinicznych.
4. Do podstawowych zadań kliniki należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
 - 2) udzielanie świadczeń jednodniowych,
 - 3) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
 - 4) rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
 - 5) zapewnianie pacjentom postępowania leczniczego w reprezentowanej specjalności,
 - 6) udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii,
 - 7) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach,
 - 8) zgłaszanie chorób zakaźnych oraz rejestracja zakażeń szpitalnych,
 - 9) realizacja programów zdrowotnych zleconych Instytutowi,
 - 10) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
 - 11) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
 - 12) monitorowanie działań niepożądanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 13) poprawa jakości i ekonomicznej efektywności udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 14) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej pacjentów,
 - 15) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
 - 16) prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
 - 17) zgłaszanie do Izby Przyjęć wolnych miejsc na oddziale,
 - 18) gotowość do poszerzenia własnej bazy łóżkowej oraz do oddelegowania części personelu medycznego do obsługi zastępczych miejsc szpitalnych i do Izby Przyjęć – w sytuacji wystąpienia zagrożeń nadzwyczajnych,
 - 19) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Instytucie,
 - 20) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

Rozdział VIII

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego

§ 51.

1. Zadania leczenia stacjonarnego realizowane są przez poszczególne kliniki Instytutu, w oparciu o posiadaną przez nie bazę łóżkową.
2. Liczba łóżek klinicznych w Instytucie uzależniona jest od zakresu udzielanych przez Instytut stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, liczby zakontraktowanych i wykonywanych hospitalizacji oraz od możliwości lokalowych.
3. Liczbę łóżek klinicznych ustala dyrektor na wniosek zastępcy dyrektora ds. klinicznych.
4. Liczba łóżek klinicznych będących w dyspozycji poszczególnych klinik podlega wpisowi do rejestru podmiotów leczniczych.

§ 52.

1. Komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego jest oddział szpitalny.
2. Personel medyczny zatrudniony na oddziale podlega kierownikowi kliniki/oddziału, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Pracą pielęgniarek zatrudnionych na oddziale, w zakresie ustalonym przez zastępcę dyrektora ds. pielęgniarstwa i zastępcę dyrektora ds. klinicznych, kieruje pielęgniarka oddziałowa.

§ 53.

1. Przyjęcie pacjenta na oddział odbywa się na podstawie:
 - 1) zakwalifikowania do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z trybem opisanym w §§ 30-32,
 - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego Instytutu,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć, zgodnie z § 40.
2. Przyjęcie na oddział odbywa się w trybie:
 - 1) planowym,
 - 2) nieplanowym – nagłym, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

§ 54.

Pacjentowi przyjętemu na oddział Instytut zapewnia:

- 1) świadczenia zdrowotne,
- 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do wieku i stanu zdrowia.

§ 55.

Pacjent przyjęty na oddział jest badany przez lekarza, który ustala rozpoznanie wstępne oraz kierunek diagnostyki i leczenia. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania lekarz prowadzący jest zobowiązany powiadomić o tym kierownika oddziału/kliniki.

§ 56.

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obowiązuje uzyskanie zgody na wykonywane świadczenia na zasadach określonych w § 26 niniejszego Regulaminu.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania na nie zgody odbywa się na zasadach określonych w § 27 niniejszego Regulaminu.
3. Wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej dla pacjenta podwyższone ryzyko może nastąpić po uzyskaniu pisemnej jego lub opiekuna zgody, w przypadkach określonych w § 26 niniejszego Regulaminu.
4. Zasady wykonywania u pacjentów badań, zabiegów operacyjnych, stosowania metod leczniczych lub diagnostycznych stwarzających podwyższone ryzyko określają przepisy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.
5. O pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub o jego śmierci lekarz prowadzący jest zobowiązany powiadomić opiekuna pacjenta.

§ 57.

1. Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które polegają w szczególności na badaniu pacjenta po jego przyjęciu na oddział, ocenie jego stanu zdrowia, zleceniu koniecznych badań diagnostycznych, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, prowadzeniu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, przeprowadzaniu konsultacji specjalistycznych, a także wydawaniu opinii i orzeczeń.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1, których celem jest zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób, wykonywane są z należytą starannością, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej.
3. Lekarz, jeżeli istnieją ku temu istotne powody, a jednocześnie nie zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 5-7, może:
 - 1) nie podjąć leczenia pacjenta,
 - 2) odstąpić od leczenia pacjenta,
 - 3) powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.
4. Lekarz nie może odmówić udzielenia świadczenia w przypadku, gdy zwłoka w jego udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki.
5. Lekarz może nie podjąć leczenia pacjenta lub odstąpić od jego leczenia wyłącznie po uprzednim uzyskaniu zgody kierownika kliniki/oddziału.
6. W przypadku powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem lekarz ma obowiązek pisemnego powiadomienia przełożonego o zaistniałej sytuacji.

7. W sytuacjach określonych w ust. 3 lekarz ma obowiązek:
 - 1) dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym opiekuna pacjenta i wskazać realne możliwości uzyskania określonego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym,
 - 2) uzasadnić i odnotować zaistniały fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 58.

1. Pielęgniarka może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem po uprzednim pisemnym powiadomieniu przełożonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Pielęgniarka ma obowiązek udzielić pomocy, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

§ 59.

1. W opiece nad pacjentem w Instytucie obowiązuje ustalony porządek czynności wykonywanych w zakresie obsługi i pielęgnowania pacjentów w ciągu doby, określony w załączniku nr 6 do niniejszego Regulaminu.
2. Pacjent może korzystać z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez opiekuna lub inną wskazaną przez niego osobę.
3. Zakres dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obejmuje:
 - 1) zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
 - 2) wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
 - 3) pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie nocnika/ kaczki/ /basenu, zmiana pieluchy),
 - 4) toaletę całego ciała chorego, obcinanie paznokci, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej,
 - 5) pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie z zaleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
 - 6) zmianę pozycji ułożeniowej ciała (siadanie, odwracanie na boki w łóżku),
 - 7) profilaktykę przeciwoleżynową (zmiana pozycji ułożeniowej, odciążenie części ciała narażonych na ucisk, natłuszczenie skóry),
 - 8) zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta,
 - 9) pomoc podczas wstawania z łóżka,
 - 10) pomoc przy chodzeniu, transport na terenie oddziału/szpitala kołyską/wózką inwalidzką pod nadzorem personelu
 - 11) uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z rehabilitantem (spacerowanie po korytarzu, sadzanie w łóżku),
 - 12) czuwanie nad bezpieczeństwem,
 - 13) organizowanie wolnego czasu,
4. W przypadku pielęgnacji noworodka, dodatkowa opieka pielęgnacyjna sprawowana przez osobę bliską odbywa się pod nadzorem personelu oddziału. Pomoc osoby bliskiej w pielęgnacji noworodka może obejmować m.in.:
 - 1) pomoc matce w karmieniu piersią,
 - 2) przewijanie noworodka,
 - 3) zmiana ubranka,
 - 4) zmiana pieluchy.
5. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna na rzecz pacjenta jest świadczona dobrowolnie, na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru obowiązku lub przymusu.

§ 60.

1. Przy ordynowaniu środków farmaceutycznych stosuje się leki według Receptariusza Szpitalnego Instytutu.
2. Za przedstawianie i opiniowanie propozycji regulujących politykę lekową w Instytucie oraz sporządzenie i aktualizowanie Receptariusza odpowiada powołany przez dyrektora Komitet Terapeutyczny Instytutu.
3. Środki farmaceutyczne stosowane u pacjenta pochodzą z Apteki Instytutu.
4. Zadania Apteki określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu

§ 61.

1. Nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów Instytutu sprawuje Dział Gastronomii, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Do Działu Gastronomii należy kontrola przygotowanych posiłków, ich zgodności z zaleconymi dietami, stosowanie zasad racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia.
3. Dział Gastronomii odpowiada za przygotowanie i porcjowanie posiłków dla pacjentów oraz ich transport na poszczególne oddziały.
4. Dział Gastronomii zobowiązany jest do prowadzenia prawidłowej gospodarki artykułami żywnościowymi oraz przestrzegania właściwych warunków ich przechowywania.
5. Nadzór nad produkcją i dystrybucją posiłków dla pacjentów do 1. roku życia sprawuje Kuchnia Mleczna.

§ 62.

1. Na oddziałach prowadzona jest zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określają §§ 111-117 niniejszego Regulaminu.

§ 63.

1. Pacjentowi, który ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwych do zastosowania oraz proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz przewidywanych następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli rokowanie jest dla pacjenta niepomysłne, lekarz może ograniczyć informację, jeżeli jego zdaniem, przemawia za tym dobro pacjenta. W takim przypadku o stanie zdrowia i rokowaniu lekarz informuje opiekuna pacjenta. Jednak na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu pełnej informacji.
3. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz wysłuchuje jego zdania.
4. W przypadku pacjenta, który nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji, o którym mowa w ust. 1, opiekunowi pacjenta, przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – opiekunowi faktycznemu.
5. Osobami upoważnionymi do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta są: kierownik kliniki (lub oddziału), lekarz prowadzący lub inny wyznaczony przez kierownika lekarz.
6. Pielęgniarka udziela pacjentowi lub jego opiekunom informacji o stanie pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.
7. Informacje, o których mowa w niniejszym paragrafie, udzielane są na życzenie pacjenta lub jego opiekuna.

§ 64.

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, z wyłączeniem sytuacji, gdy:
 - 1) opiekun pacjenta lub pacjent pełnoletni wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy – po uprzednim poinformowaniu zainteresowanego o ewentualnych niekorzystnych dla pacjenta skutkach ujawnienia tych informacji,
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - 3) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie, związanych z udzielaniem mu świadczeń zdrowotnych, innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,
 - 4) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie ustawowo uprawnionych organów i instytucji – wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje, w zakresie określonym przez przepisy tych ustaw,
 - 5) pozwalają na to przepisy obowiązujących ustaw.
2. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 1, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.
3. W przypadku pielęgniarek postanowienia ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 1 pkt 2.

4. Ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie, jeżeli jest to konieczne do praktycznej nauki zawodów medycznych lub dla celów naukowych. Informacje uzyskane w trakcie leczenia pacjenta mogą być wykorzystane do celów naukowych bez zgody opiekuna pacjenta lub pacjenta pełnoletniego tylko w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.
5. Wyniki badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych, prowadzonych przez pracowników Instytutu mogą być publikowane zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami dotyczącymi tego rodzaju publikacji.

§ 65.

1. Przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi odbywa się zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”, innymi przepisami w tym zakresie obowiązującymi podmioty lecznicze, a także wewnętrznymi regulacjami Instytutu.
2. Personel medyczny uczestniczący w procesie leczenia ani żaden inny pracownik mający dostęp do informacji o pacjencie nie może bez zgody pacjenta podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających jego identyfikację.

§ 66.

1. Wypisanie pacjenta z oddziału, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
 - 2) z uwagi na stan zdrowia pacjenta lub zagrożenie zdrowia innych chorych przebywających w szpitalu zachodzi konieczność przeniesienia do innego podmiotu leczniczego,
 - 3) na żądanie pacjenta lub opiekuna pacjenta małoletniego, z zastrzeżeniem pkt 1 i 2,
 - 4) chory w sposób rażąco narusza regulamin szpitalny, a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń medycznych może spowodować bezpośrednie zagrożenie jego zdrowia i życia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Pacjent do chwili wypisania z oddziału pozostaje na stanie chorych.

§ 67.

1. Kierownik oddziału może odmówić opiekunowi wypisu chorego, którego stan zdrowia wymaga dalszego leczenia szpitalnego. W takim przypadku należy bezzwłocznie zawiadomić o odmowie wypisania i przyczynach tej odmowy właściwy dla siedziby Instytutu wydział rodzinny sądu rejonowego. Do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia sądu – pacjent pozostaje na oddziale.
2. W przypadku wypisu pacjenta na żądanie jego opiekuna, kierownik kliniki/lekarz prowadzący zobowiązany jest poinformować o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pobrać pisemne oświadczenie w przedmiotowej sprawie.
3. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Postanowienia ust. 1-3 stosuje się odpowiednio do pacjentów pełnoletnich posiadających pełną zdolność do czynności prawnych.

§ 68.

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, poczynawszy od dnia określonego przez dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń.
2. Jeżeli opiekun nie odbiera pacjenta ze szpitala w wyznaczonym terminie, kierownik kliniki niezwłocznie zawiadamia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta urząd gminy i organizuje na koszt gminy przewiezienie pacjenta do domu.
3. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania – właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
4. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego na podstawie faktury wystawionej przez Instytut.

§ 69.

1. Opuszczenie oddziału szpitalnego przez pacjenta, wiążące się z jego pobytem poza Instytutem w godzinach 20.00–8.00 rano, w tym nocleg poza Instytutem, może nastąpić wyłącznie po dokonaniu wypisu z oddziału, z zastrzeżeniem § 91 i § 92.
2. Powrót pacjenta na oddział odbywa się wyłącznie poprzez ponowne przyjęcie do szpitala.
3. Za stosowanie postanowień, o których mowa w ust. 1 i 2, odpowiadają stosownie do zakresu obowiązków: kierownik kliniki i kierownik Izby Przyjęć.

Rozdział IX

Zabiegi operacyjne

§ 70.

1. Blok Operacyjny organizacyjnie wchodzi w skład Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Do Bloku Operacyjnego należy sala wybudzeń.
3. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego.
4. Praca i dyżury na Bloku Operacyjnym powinny być tak zorganizowane, aby zabieg operacyjny mógł być wykonany o każdej porze.
5. Pracą Bloku Operacyjnego kieruje kierownik, który podlega kierownikowi Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
6. Do obowiązków kierownika Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad pracą personelu Bloku Operacyjnego,
 - 2) ustalanie planu zabiegów operacyjnych,
 - 3) zapewnianie możliwości wykonywania zabiegów w trybie pozaplanowym (nagłym),
 - 4) kontrola sprawności aparatury oraz sterylności materiałów i sprzętu operacyjnego,
 - 5) dbanie o należyte zaopatrzenie w sprzęt i materiały operacyjne oraz o konserwację aparatury,
 - 6) kontrola dokumentacji i sprawozdawczości operacyjnej.

§ 71.

1. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego planu, który zgłaszany jest do godz. 12.00 dnia poprzedniego.
2. Plany zabiegów operacyjnych są przekazywane drogą elektroniczną i zawierają:
 - 1) godzinę rozpoczęcia danego zabiegu operacyjnego,
 - 2) numer sali, w której będzie się odbywał zabieg,
 - 3) imię i nazwisko pacjenta,
 - 4) wiek i wagę pacjenta,
 - 5) nazwę kliniki (oddziału) prowadzącej pacjenta,
 - 6) rodzaj i nazwę zabiegu operacyjnego,
 - 7) skład zespołu operacyjnego.
3. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić wyłącznie:
 - 1) za zgodą kierownika Bloku Operacyjnego i kierownika kliniki prowadzącej pacjenta, w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem oraz
 - 2) po wypełnieniu formularza zmiany planu operacyjnego.

§ 72.

1. Na Bloku Operacyjnym, a szczególnie w sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego, obowiązuje zachowanie ciszy.
2. Podczas operacji personel znajdujący się w sali operacyjnej, w sprawach dotyczących przeprowadzania zabiegu, podporządkowany jest lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anestezjologowi.
3. Wstęp do sali operacyjnej w czasie operacji, poza zespołem operującym, ma personel medyczny, który uzyskał zezwolenie lekarzy odpowiedzialnych za przebieg operacji.
4. Personel obecny w sali operacyjnej jest zobowiązany zachować w tajemnicy informacje, o których powyższe wiedzę w czasie wykonywania zabiegu operacyjnego.
5. Ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w zakresie i na zasadach określonych w § 64.

§ 73.

1. Wykonywane zabiegi są dokumentowane w książce zabiegów operacyjnych.
2. Sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić do 24 godzin po zakończeniu operacji.
3. Za sporządzenie opisu operacji odpowiada lekarz operujący.

§ 74.

1. Pomieszczenia Bloku Operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorowej czystości i porządku, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wymogami.
2. Po zakończonej operacji bieliznę chirurgiczną należy przesłać do pralni, a narzędzia i sprzęt – do sterylizacji.

§ 75.

1. Aparaturę i zestawy operacyjne przechowuje się w odpowiednich pomieszczeniach, starannie konserwowane i chronione przed zniszczeniem.
2. Zawartość zestawów operacyjnych z narzędziami, bielizną chirurgiczną i materiałami opatrunkowymi przygotowanymi do operacji powinna być dokładnie przeliczana i ewidencjonowana.
3. Zestawów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym.
4. Personel Bloku Operacyjnego jest zobowiązany do noszenia ubrania i obuwia przeznaczonego wyłącznie do pracy na Bloku.

Rozdział X

Zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta i wydawania zwłok

§ 76.

1. W Instytucie, w przypadku zgonu pacjenta na oddziale lub w Izbie Przyjęć, obowiązuje ustalony tryb postępowania, o którym mowa w niniejszym rozdziale.
2. Lekarz prowadzący pacjenta lub – w czasie dyżuru – lekarz dyżurny:
 - 1) stwierdza zgon dziecka i ustala jego przyczynę,
 - 2) wpisuje do historii choroby datę i godzinę zgonu,
 - 3) wypisuje 2 egzemplarze (części) karty zgonu – dla celów statystycznych i dla celów pochowania zwłok,
 - 4) niezwłocznie zawiadamia o zgonie pacjenta jego opiekunów.
3. Pielęgniarka dyżurna:
 - 1) odnotowuje datę i godzinę zgonu w karcie gorączkowej,
 - 2) układa prawidłowo zwłoki, zgodnie z ustalonym trybem postępowania,
 - 3) zakłada na przegub dłoni i stopy osoby zmarłej znak identyfikacyjny wykonany z tworzywa sztucznego, płótna lub tasiemki,
 - 4) wpisuje na taśmę samoprzylepną dane dotyczące pacjenta, po czym przykleja ją na klatkę piersiową pacjenta oraz na zewnętrzną stronę worka na zwłoki (worek powinien być w kolorze białym),
 - 5) wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni.
4. Pielęgniarka oddziałowa:
 - 1) sporządza protokolarnie spis pieniędzy, przedmiotów wartościowych i rzeczy zmarłego,
 - 2) przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu, a rzeczy do magazynu.
5. Przedmioty pozostałe po zmarłym, z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem opiekunom pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji zwłok bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu od sekcji.

§ 77.

1. Zgon i jego przyczynę stwierdza się w karcie zgonu, o której mowa w § 76 ust. 2 pkt 3, a której treść i sposób wypełniania określają obowiązujące przepisy prawa.
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza.
3. Niemożność ustalenia przyczyny zgonu lub okoliczność, że do ustalenia przyczyny zgonu konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, nie może stanowić podstawy do odmowy wystawienia lub opóźnienia wystawienia karty zgonu.

4. Jeżeli lekarz stwierdzający zgon poweźmie pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowi zgłoszenia, powinien bezzwłocznie zawiadomić o tym właściwego dla Instytutu inspektora sanitarnego.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz stwierdzający zgon powinien o tym bezzwłocznie zawiadomić prokuratora lub najbliższy posterunek policji.
6. Karta skierowania zwłok do chłodni, o której mowa w § 76 ust. 3 pkt 5, zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
7. Znak identyfikacyjny, o którym mowa w § 76 ust. 3 pkt. 3, zawiera dane dotyczące zmarłego pacjenta: jego nazwisko i imię, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, numer identyfikacyjny nadany w Instytucie, datę i godzinę zgonu, nazwę oddziału, na którym zmarł pacjent.
8. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na znaku identyfikacyjnym dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 78.

1. Historię choroby pacjenta zmarłego na oddziale uzupełnia się o epikryzę.
2. W przypadku przenoszenia pacjenta w trakcie jego leczenia między oddziałami każdorazowo należy sporządzić epikryzę przeniesieniową, również w wersji elektronicznej.
3. Epikryzę sporządza się nie później niż w ciągu trzech dni roboczych od zgonu pacjenta.
4. Za sporządzenie epikryzy odpowiedzialny jest kierownik kliniki, w której zmarł pacjent.
5. W przypadku wątpliwości dotyczących zawartości epikryzy, kierownik kliniki, o której mowa w ust. 4, uzyskuje pomoc merytoryczną od kierowników klinik właściwych ze względu na zasadniczy problem zdrowotny zmarłego pacjenta.
6. W sprawach spornych rozstrzyga zastępca dyrektora ds. klinicznych.

§ 79.

1. Za ochronę zwłok na terenie Instytutu (przed zamianą, uszkodzeniem, autolizą itp.) do momentu ich wydania opiekunowi zmarłego pacjenta odpowiadają kierownicy: kliniki, na oddziale której zmarł pacjent, Izby Przyjęć oraz Zakładu Patologii, zgodnie z przyjętym w Instytucie podziałem kompetencji i odpowiedzialności.
2. Przewiezienie zwłok z oddziału do chłodni Instytutu następuje nie wcześniej niż po dwóch godzinach od chwili stwierdzenia zgonu.
3. Do czasu przewiezienia do chłodni zwłoki są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu. W celu uniknięcia powstawania plam opadowych na twarzy należy zwłoki ułożyć na plecach. Głowa musi być zabezpieczona przed odchyleniem na boki, najlepiej za pomocą tzw. „wianuszka”.
4. Zwłoki są przechowywane przy zachowaniu godności należytej zmarłemu.
5. Zwłoki z oddziału do chłodni Instytutu transportuje pracownik oddziału wraz z salową z Izby Przyjęć.
6. W przypadku zgonu pacjenta podczas wykonywania badań w pracowni diagnostycznej, odpowiedzialność za prawidłowe postępowanie z ciałem pacjenta spoczywa na oddziale, na którym pacjent był hospitalizowany.
7. Klucze do chłodni znajdują się w Izbie Przyjęć oraz Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
8. Pracownik oddziału, na którym nastąpił zgon, wpisuje do księgi skierowania zwłok do chłodni znajdującej się w Zakładzie Patologii (w pomieszczeniu przed chłodnią) następujące informacje: imię i nazwisko osoby zmarłej, oddział, na którym nastąpił zgon, godzinę przywozu zwłok do chłodni, imię i nazwisko pracownika oddziału pozostawiającego zwłoki w chłodni (czytelnie), numer telefonu służbowego.
9. Zwłoki przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny.
10. Zwłoki mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania zwłok.
11. Za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin Instytut nie pobiera opłat.

§ 80.

1. Zwłoki pacjentów zmarłych w szpitalu mogą być poddane badaniom pośmiertnym w Zakładzie Patologii.
2. O dokonaniu bądź zaniechaniu badania należy sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej.
3. Do zastępcy dyrektora ds. klinicznych składa się wniosek o dokonanie/zaniechanie wykonania badania pośmiertnego z odpowiednim uzasadnieniem i załącza ewentualne oświadczenie woli osoby zmarłej (jeżeli osoba ta za życia wyraziła sprzeciw) lub sprzeciw opiekuna zmarłego pacjenta.
4. Decyzję o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok podejmuje dyrektor lub działający z jego upoważnienia zastępca dyrektora ds. klinicznych albo inny upoważniony lekarz.
5. Zaniechanie wykonania sekcji wyłączają przypadki:
 - 1) określone w kodeksie postępowania karnego,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określone w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
6. Wykonanie badania pośmiertnego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia szczególnych okoliczności, np. epidemiologicznych, naukowych, zwłaszcza w przypadkach śmierci pnia mózgu (śmierci mózgowej).
8. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia potrzeby pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów. Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz w § 81 niniejszego Regulaminu.
9. W przypadku konieczności przeprowadzenia badania przed upływem 12 godzin niezbędne jest jednoznaczne stwierdzenie zgonu przez komisję, o której mowa w § 81 ust. 13.
10. O zakresie badania pośmiertnego decyduje i ponosi odpowiedzialność za sporządzenie epikryzy pośmiertnej lekarz patomorfolog przeprowadzający badanie.

§ 81.

1. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.
2. Komórki, tkanki lub narządy ze zwłok ludzkich mogą być pobierane również w czasie sekcji zwłok.
3. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.
4. Przed pobraniem komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej lekarz zasięga informacji, czy nie został zgłoszony sprzeciw.
5. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy.
6. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.
7. Przepisów ust. 3-6 nie stosuje się w przypadku pobierania komórek, tkanek i narządów w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny w czasie sekcji zwłok postępowania leczniczego.
8. Sprzeciw wyraża się w formie:
 - 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,
 - 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
 - 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego,
9. Przepis ust. 7 stosuje się również do sprzeciwu wyrażanego przez przedstawiciela ustawowego.
10. Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie w formach, o których w ust. 8.
11. Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – stanowiska sądu rodzinnego.
12. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu).
13. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie, na podstawie kryteriów, określonych w obowiązującym obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, komisja złożona z trzech lekarzy, posiadających

specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

14. Komisję, o której mowa w ust. 13, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego dyrektor lub, z jego upoważnienia, zastępca dyrektora ds. klinicznych albo inny upoważniony lekarz.
15. Lekarze wchodzący w skład komisji nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła trwale nieodwracalne ustanie czynności mózgu.

§ 82.

1. Ewidencję zgonów prowadzi Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej oraz Pracownia Autopsji w Zakładzie Patologii.
2. Upoważniony przez kierownika kliniki pracownik oddziału, na którym nastąpił zgon pacjenta, przekazuje do zastępcy dyrektora ds. klinicznych dokumentację obejmującą:
 - 1) historię choroby (wraz z wpisem stwierdzającym zgon i epikryzą kliniczną, sporządzoną na zasadach określonych w § 78),
 - 2) wniosek do zastępcy dyrektora ds. klinicznych o wykonanie bądź odstąpienie od badania pośmiertnego – wzór wniosku stanowi załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu,
 - 3) ewentualny sprzeciw dotyczący przeprowadzenia badania pośmiertnego – wzór sprzeciwu stanowi załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu,
 - 4) skierowanie na badanie pośmiertne (w przypadku jego wykonywania) – formularz zlecenia na badanie do Zakładu Patologii zgodny z dokumentacją wdrożonego w Instytucie Systemu Zarządzania Jakością.
3. W przypadku zlecenia wykonania badania pośmiertnego dokumentację zmarłego pacjenta pracownik Sekcji Wsparcia Pracy Klinicznej odbiera z sekretariatu zastępcy dyrektora ds. klinicznych i przekazuje do Zakładu Patologii.
4. Po wykonaniu badania pośmiertnego, dokumentację zmarłego pacjenta Zakład Patologii przekazuje na oddział, na którym nastąpił zgon w terminie 3 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku konieczności przekazania materiału biologicznego w celu przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych poza Instytut, termin przekazania dokumentacji może ulec wydłużeniu o czas konieczny do wykonania badania, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy.
6. Opiekunowie zmarłego pacjenta otrzymują kartę zgonu, na podstawie której Urząd Stanu Cywilnego m.st. Warszawy (dowolna jednostka organizacyjna tego urzędu) wystawia akt zgonu.

§ 83.

1. Pracownik wskazany przez kierownika Zakładu Patologii jest obowiązany zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej, z zastrzeżeniem ust. 2
2. W razie zgonu na chorobę zakaźną mają zastosowanie przepisy w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.
3. Czynności, o których mowa w ust. 1, nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania. Za ich wykonanie Instytut nie pobiera opłat.

§ 84.

1. Zwłoki wydaje pracownik (preparator) Zakładu Patologii.
2. Wydawanie zwłok Zakładu Patologii odbywa się w godzinach od 8.00 do 13.00 od poniedziałku do piątku.
3. Wszelkich informacji w sprawie odbioru zwłok udziela wyłącznie pracownik (preparator) Pracowni Autopsji Zakładu Patologii, tel.: (22) 815 19 61, 601 36 26 80.
4. Podstawą wydania zwłok jest przedstawienie aktu zgonu przez opiekunów zmarłego pacjenta lub podmiot upoważniony notarialnie do odbioru i przewozu zwłok, z zastrzeżeniem ust. 12.
5. Wydanie zwłok odbywa się za pokwitowaniem ich odbioru w księgach Pracowni Autopsji, a pracownik wydający zwłoki odnotowuje dane osobowe i numer dowodu tożsamości osoby odbierającej zwłoki oraz tytuł uprawnienia do odbioru.
6. Odbioru zwłok mogą dokonać opiekunowie pacjenta lub podmiot upoważniony i wskazany przez opiekunów pacjenta do odbioru i transportu zwłok.
7. Przygotowaniem zwłok do przewozu zajmują się i przewozu dokonują wyspecjalizowane podmioty, specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami transportu.

8. Szczególnego trybu postępowania wymaga wydawanie zwłok w przypadkach:
 - 1) pacjenta zmarłego na chorobę zakaźną,
 - 2) uzasadnionego podejrzenia, iż przyczyną zgonu było przestępstwo.
9. Wykaz chorób zakaźnych, w przypadku których obowiązuje szczególny tryb postępowania za zwłokami i ich pochówkiem, określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia.
10. Stwierdzenie zgonu, przyczyną którego była choroba zakaźna, objęta wykazem, o którym mowa w ust. 10, powoduje konieczność wydania i pochówku zwłok w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.
11. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, iż przyczyną zgonu było przestępstwo, wydanie zwłok w celu ich pochówku następuje po uzyskaniu zezwolenia prokuratora.
12. W przypadku stwierdzenia zamiaru przewożenia zwłok środkiem innym niż wskazanym powyżej, zakazuje się wydawania zwłok.

Rozdział XI

Prawa pacjenta

§ 85.

1. Pacjentowi przysługują prawa określone w Konstytucji RP, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawie o działalności leczniczej, ustawie o ochronie danych osobowych, Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526) wraz ze zmianą zakresu obowiązywania Konwencji o prawach dziecka (Dz. U. z 2013 r., poz. 677 – Oświadczenie Rządowe z dnia 27 marca 2013 r. w sprawie zmiany zakresu obowiązywania Konwencji o prawach dziecka, przyjętej dnia 20 listopada 1989 r. w Nowym Jorku), a także w innych przepisach określających prawa i obowiązki pacjenta.
2. Pacjent w szczególności ma prawo do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości – do świadczeń udzielanych zgodnie z przyjętymi standardami,
 - 2) korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń,
 - 3) uzyskania pomocy lekarskiej w każdym przypadku nie cierpiącym zwłoki,
 - 4) udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
 - 5) uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - 6) uzyskania przystępnej informacji o procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwie,
 - 7) wyrażenia odmowy do uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu, procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwie,
 - 8) do wyrażenia swojej opinii w zakresie uzyskanych informacji o swoim stanie zdrowia, możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - 9) wskazania osób, którym lekarz może udzielić informacji o jego stanie zdrowia,
 - 10) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie u niego zabiegu operacyjnego lub zastosowanie wobec niego metody leczenia bądź diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko i do właściwej informacji w celu podjęcia przez niego decyzji w tym zakresie,
 - 11) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub o zorganizowanie konsylium lekarskiego,
 - 12) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 13) intymności i poszanowania godności w stanie terminalnym,
 - 14) udostępnienia mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona,

- 15) zachowania w tajemnicy informacji związanych z jego chorobą i leczeniem a uzyskanych przez personel w związku z wykonywaniem zawodu, z wyłączeniem sytuacji, gdy tak stanowią przepisy odrębnych ustaw, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - 16) udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osoby bliskiej, z wyłączeniem przypadków w których obecność osoby bliskiej spowoduje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta,
 - 17) zapewnienia ochrony danych osobowych, w tym zawartych w dokumentacji medycznej, oraz ochrony wizerunku,
 - 18) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów, dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepiania określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych, ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą,
 - 19) do umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczepianie komórek, tkanek i narządów, jeżeli ma być biorcą, oraz do wyboru go jako biorcy w oparciu o kryteria medyczne,
 - 20) życzliwego i troskliwego traktowania go przez personel Instytutu,
 - 21) dostępu do informacji o prawach pacjenta,
 - 22) wniesienia sprzeciwu wobec opinii lekarza, w sytuacji gdy opinia ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów,
 - 23) złożenia do Działu Komunikacji, Jakości i Wsparcia Pacjenta, dyrektora lub zastępcy dyrektora ds. klinicznych uwag, wniosków lub skarg w sprawach związanych z udzielaniem przez Instytut świadczeń zdrowotnych.
3. Pacjent przyjęty do leczenia szpitalnego ma również ma prawo do zapewnienia mu:
- 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
 - 2) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie lub opiekuna pacjenta,
 - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz lub do odmowy takiego kontaktu,
 - 5) przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie Instytutu,
 - 6) odpoczynku i zabawy pod opieką wykwalifikowanego personelu,
 - 7) nauki dostosowanej do wieku i stanu zdrowia prowadzonej przez Zespół Szkół Specjalnych nr 78 im. Ewy Szelburg-Zarembiny, tj. przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum ogólnokształcącego,
 - 8) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
 - 9) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza prowadzącego informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu,
 - 10) uczestniczenia w nabożeństwach i opieki duszpasterskiej.
4. Prawa, o których mowa w ust. 1 i 3, przysługują pacjentom stosownie do uprawnień wynikających z ich wieku i zdolności do podejmowania czynności prawnych.
5. Przedstawiciel ustawowy lub inny opiekun pacjenta oraz pacjent, jeżeli jest w odpowiednim wieku, powinni zostać zapoznani przez pielęgniarkę Izby Przyjęć z zakresem praw i obowiązków pacjenta.

§ 86.

1. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pacjentów jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego oraz – jeżeli jest to możliwe – również pacjenta, jak również zgody dyrektora lub zastępcy dyrektora ds. klinicznych, kierownika kliniki lub lekarza prowadzącego pacjenta.
2. Wykorzystanie fotografii lub filmów, na których został utrwalony wizerunek pacjenta w sposób umożliwiający jego identyfikację, wymaga zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz – jeżeli jest to możliwe – również pacjenta, jak również zgody dyrektora lub upoważnionego przez niego pracownika Działu Komunikacji, Jakości i Wsparcia Pacjenta.
3. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pracownika Instytutu lub osoby zatrudnionej w Instytucie na innej podstawie, w szczególności przez pacjenta lub osobę go odwiedzającą, jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu zgody osoby, której wizerunek ma być w ten sposób utrwalony.

Rozdział XII

Zasady pobytu na oddziale Obowiązki pacjenta

§ 87.

1. Pacjent oraz osoba sprawująca nad nim opiekę, zwana dalej „opiekunem”, mają obowiązek stosowania się do zaleceń personelu medycznego, a w szczególności do wskazań lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych biorących udział w procesie leczenia.
2. W porze obchodów lekarskich, wykonywania zabiegów i opatrunków czy podawania posiłków pacjent zobowiązany jest przebywać w sali lub innych, przeznaczonych dla niego, pomieszczeniach.
3. Pacjent oraz opiekun pacjenta mogą przebywać wyłącznie w przydzielonej sali oraz pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów.
4. Pacjent zobowiązany jest do utrzymywania czystości i porządku w swoim otoczeniu oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach oddziału.
5. Pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez zespół leczący lub lekarza dyżurnego.
6. Pacjentowi nie wolno spożywać artykułów spożywczych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego i pielęgniarki dyżurnej.
7. Pacjent w czasie trwania ciszy nocnej, w godz. od 22.00 do 6.00, powinien przebywać w łóżku.
8. Pacjentowi nie wolno zakłócać spokoju innym pacjentom oraz pracy personelowi.
9. Ponadto pacjent zobowiązany jest do:
 - 1) przestrzegania przyjętego na oddziale godzinowego rozkładu dnia,
 - 2) zabezpieczenia swoich rzeczy osobistych, w tym rzeczy wartościowych, garderoby, pieniędzy i dokumentów, których nie przekazał do depozytu osobistych rzeczy pacjenta, a za które tym samym Instytut nie ponosi odpowiedzialności,
 - 3) poszanowania mienia szpitala,
 - 4) stosowania się do obowiązującego na terenie szpitala zakazu palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających.

§ 88.

1. Pacjenta oraz odpowiednio opiekuna pacjenta obowiązuje przestrzeganie przepisów zawartych w niniejszym rozdziale oraz w § 86 ust. 3 Regulaminu.
2. Pacjent powinien mieć własne przybory konieczne do utrzymania higieny osobistej.
3. Pacjenci, którym wiek i stan zdrowia na to pozwalają, samodzielnie wykonują czynności związane z dbałością o higienę osobistą.
4. W przypadku pacjentów, którzy z uwagi na wiek lub stan zdrowia nie są samodzielnymi, czynności higieniczne wykonywane są przez wyznaczony personel oddziału, przy udziale opiekuna pacjenta lub – po uzgodnieniu z lekarzem/pielęgniarką – przez opiekunów pacjenta.
5. Korzystanie z urządzeń elektrycznych, w tym kuchenek, grzałek, żelazek i innych urządzeń mogących spowodować stan zagrożenia, odbywa się w miejscach do tego wyznaczonych, za zgodą pielęgniarki oddziałowej lub dyżurnej.
6. Pacjent nie ma prawa:
 - 1) zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki oddziałowej lub dyżurnej,
 - 2) zajmować łóżek innych pacjentów,
 - 3) dokumentować w postaci cyfrowej zapisów aparatury medycznej,
 - 4) fotografować, filmować, nagrywać audio lub video innych pacjentów oraz członków personelu szpitala bez ich zgody,
 - 5) używać telefonów komórkowych czy innego sprzętu elektronicznego wpływającego na pracę aparatury medycznej w miejscach oznaczonych lub wskazanych przez personel medyczny.

§ 89.

1. Pacjent może korzystać z biblioteki Zespołu Szkół Specjalnych na warunkach określonych w jej regulaminie.
2. Pacjent może korzystać z opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską oraz ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.

3. Uprawnienia te może ograniczyć dyrektor lub kierownik kliniki ze względów epidemiologicznych lub innych, ważnych dla funkcjonowania Instytutu powodów.

§ 90.

1. Odzież, w której pacjent został przyjęty do szpitala, powinna zostać zabrana przez jego opiekunów lub złożona w depozycie szpitalnym.
2. Przedmioty wartościowe pacjent może przechowywać w depozycie.

§ 91.

1. Pacjent nie ma prawa wychodzić poza teren oddziału, na którym jest hospitalizowany, z zastrzeżeniem ust. 2 i 4 oraz § 92.
2. Opuszczanie oddziału jest możliwe w przypadku badań, konsultacji lub zabiegów poza oddziałem/Instytutem.
3. Opuszczanie oddziału jest również możliwe w ramach udziału w imprezach kulturalno-rozrywkowych organizowanych dla pacjentów na terenie Instytutu lub poza nim, w szczególności wyjazdów edukacyjnych organizowanych przez Zespół Szkół Specjalnych.
4. W czasie pozostawiania przez pacjenta poza oddziałem, w przypadkach, o których mowa w ust. 2 i 3, pacjentom towarzyszy pielęgniarka, inny pracownik medyczny oddziału lub wychowawca przedszkola albo pedagog.
5. Krótkotrwałe opuszczenie oddziału przez pacjenta w czasie odwiedzin odbywa się na zasadach określonych w § 92.
6. Na terenie Instytutu w określonych obszarach prowadzony jest monitoring wizyjny.

§ 92.

1. Krótkotrwałe opuszczenie przez pacjenta oddziału, w celu wyjścia na teren innych obiektów Instytutu, np. na spacer, odbywa się za pisemną zgodą lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.
2. Opiekę nad pacjentem może przejąć, na czas jego wyjścia z oddziału, opiekun pacjenta lub inna pisemnie upoważniona przez niego osoba.
3. Wyjście pacjenta poza oddział odnotowywane jest w zeszycie wyjść pacjentów.
4. Wpis, o którym mowa w ust. 3, obejmuje: imię i nazwisko pacjenta opuszczającego oddział, imię i nazwisko osoby przejmującej nad nim opiekę oraz godzinę wyjścia pacjenta z oddziału i planowaną godzinę jego powrotu. Jeżeli rzeczywisty powrót pacjenta na oddział następuje w czasie innym niż określony jako planowana godzina powrotu, wpis taki podlega korekcie (po zgłoszeniu faktu powrotu pacjenta na oddział przez osobę czasowo sprawującą nad nim opiekę).
5. Wpisów do zeszytu wyjść pacjentów dokonuje pielęgniarka. Pracownik dokonujący wpisu zobowiązany jest uzyskać pod wpisem:
 - 1) podpis osoby przejmującej opiekę nad pacjentem oraz
 - 2) pisemną zgodę lekarza dyżurnego.
6. Nadzór nad przestrzeganiem postanowień, o których mowa w ust. 1–5, sprawuje kierownik kliniki.

§ 93.

1. Pacjentowi lub opiekunowi pacjenta nie wolno żądać od pracowników Instytutu usług niezwiązanych z leczeniem, jednak w sytuacjach ważnych może on zwrócić się o pomoc do lekarza prowadzącego.
2. Pacjent/opiekun potwierdza podpisem w dokumentacji pacjenta – historii choroby, że został zapoznany z obowiązkami i prawami pacjenta oraz regulaminem oddziału i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Rozdział XIII

Zasady odwiedzania pacjentów

§ 94.

1. Odwiedzanie pacjentów w szpitalu dozwolone jest codziennie w godzinach 7.00-20.00, przy czym matka karmiąca może odwiedzić dziecko w celu jego nakarmienia w każdym czasie.
2. Opiekun pacjenta może przebywać przy pacjencie bez ograniczeń. Prawo do sprawowania opieki pielęgnacyjnej i odwiedzin na oddziale może być czasowo wstrzymane przez kierownika kliniki/oddziału z przyczyn epidemiologicznych lub innych istotnych przyczyn organizacyjnych określonych przez Instytut.

3. Opiekun ma prawo do udziału w procesie leczenia pacjenta i do czynnego włączenia się w proces pielęgnacyjny swojego dziecka na zasadach określonych w § 59 ust. 3–5.
4. Opiekun jest zobowiązany do przestrzegania zasad współżycia międzyludzkiego i porządku na oddziale.
5. Opiekun pacjenta, pozostający na oddziale w nocy, nie może swoją obecnością stwarzać zagrożeń w opiece nad pacjentem, w szczególności nie może rozkładać materacy, łóżek polowych lub foteli na trasie dostępu do łóżka chorego, wyłączać alarmów aparatury medycznej, wyłączać oświetlenia nocnego na sali, blokować drzwi do sali pacjenta lub zakłócać ciszy nocnej.
6. Za pobyt w szpitalu w godzinach nocnych opiekun zobowiązany jest ponieść koszty ustalone przez Instytut.
7. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba.
8. Na oddziałach intensywnej terapii przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba, przy czym jej pobyt u pacjenta wymaga uzyskania zgody lekarza.
9. Ze względów epidemiologicznych zaleca się unikanie odwiedzin dzieci poniżej 14. roku życia.
10. Prawo do odwiedzin na oddziale i sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może być czasowo wstrzymane przez kierownika kliniki/oddziału z przyczyn epidemiologicznych lub innych istotnych przyczyn organizacyjnych określonych przez Instytut.

§ 95.

1. Opiekunowie pacjentów mogą odwiedzać pacjentów w salach szpitalnych, a gdy stan zdrowia na to pozwala wychodzić z nimi na teren oddziału.
2. Opiekunowie pacjentów nie mogą pozostawiać swojego dziecka pod opieką innych rodziców lub innych pacjentów.

§ 96.

1. Osoba odwiedzająca pacjenta zobowiązana jest do:
 - 1) przestrzegania niniejszego Regulaminu w zakresie, w jakim nakłada on na osoby odwiedzające stosowanie się do ustalonego w Instytucie porządku,
 - 2) podporządkowywania się poleceniom i wskazówkom personelu medycznego,
 - 3) pozostawiania w szatni zewnętrznego okrycia oraz bagażu podręcznego,
 - 4) przestrzegania zasad korzystania z urządzeń i sprzętu powierzonego przez pracowników szpitala,
 - 5) korzystania z pomieszczeń i urządzeń sanitarnych wyznaczonych do użytku odwiedzających,
 - 6) utrzymywania właściwego stanu sanitarnego, czystości i porządku w swoim otoczeniu na sali pacjentów oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach oddziału,
 - 7) dbania o własną kondycję psychiczno-fizyczną, w tym w zakresie odpoczynku, snu, odżywiania, kąpieli, zmiany odzieży,
 - 8) udostępnienia powierzchni do sprzątania przez personel oddziału (podłogi, szafki, parapety okienne),
 - 9) korzystania z wind szpitalnych przeznaczonych dla odwiedzających,
 - 10) szanowania mienia szpitalnego,
 - 11) dbania o środowisko, oszczędzania energii, przestrzegania segregacji odpadów – zgodnie z instrukcją dostępną na oddziale,
 - 12) zabezpieczenia osobistych rzeczy pacjenta i swoich, za które Instytut nie ponosi odpowiedzialności.
2. Osobom odwiedzającym zabrania się:
 - 1) podawania pacjentowi leków, stosowania środków i metod pielęgnacyjnych innych niż zlecone przez lekarza,
 - 2) karmienia innych pacjentów,
 - 3) dokonywania zmian ustalonej diety, dostarczania pacjentom artykułów spożywczych bez uprzedniego porozumienia się z lekarzem prowadzącym lub pielęgniarką dyżurną,
 - 4) zanieczyszczania lub zaśmiecania pomieszczeń oddziału i terenu szpitalnego,
 - 5) gromadzenia rzeczy należących do opiekunów w pokoju pacjenta,
 - 6) siadania lub przebywania na lub w łóżku chorego,
 - 7) korzystania z kuchenek elektrycznych, grzałek, żelazek i innych urządzeń mogących spowodować stan zagrożenia w miejscach innych niż wyznaczone,
 - 8) przynoszenia i pozostawiania pacjentowi przedmiotów niebezpiecznych (noże, nożyczki itp.), przedmiotów elektrycznych (grzałki, czajniki itp.), zabawek posiadających szczególnie uciążliwe urządzenia dźwiękowe, zabawek mogących stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa dla dzieci (zabawki z drobnymi elementami, zabawki na sznurkach, gumkach, tasiemkach),
 - 9) palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających,

- 10) składania wizyt w stanie nietrzeźwym i zakłócania spokoju na terenie szpitala,
 - 11) spożywania napojów, posiłków (zwłaszcza gorących) poza wyznaczonymi miejscami, np. w pokoju pacjenta,
 - 12) prania lub suszenia bielizny i odzieży w łazienkach i pokojach pacjentów,
 - 13) wchodzenia do pomieszczeń służbowych i korzystania z łazienek dla pacjentów.
3. Za szkody powstałe w mieniu szpitala z winy osoby odwiedzającej pacjenta odpowiedzialność materialną ponosi osoba wyrządzająca daną szkodę.
 4. Instytut nie bierze odpowiedzialności za zabawki i inne rzeczy pozostawione pacjentowi do jego dyspozycji oraz za rzeczy osób odwiedzających.

§ 97.

1. W trakcie odwiedzin opiekun pacjenta może wykonywać proste czynności pielęgnacyjne przy pacjencie, uprzednio uzgodnione z lekarzem lub pielęgniarką, o których mowa w art. 59 ust. 2 Regulaminu.
2. Pacjentów nie mogą odwiedzać i pielęgnować osoby z infekcją, niezrównoważone psychicznie, nietrzeźwe, nieprzestrzegające zasad higieny.
3. Osoby odwiedzające nie mogą dokumentować w postaci cyfrowej zapisów aparatury medycznej.
4. Osoby odwiedzające nie mają prawa fotografować, filmować, nagrywać audio lub video innych pacjentów oraz personelu szpitala bez ich zgody.
5. Osoby odwiedzające nie mogą używać telefonów komórkowych czy innego sprzętu elektronicznego zakłócającego pracę aparatury medycznej w miejscach, gdzie jest to oznaczone czy wskazane przez personel medyczny.
6. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę odwiedzającą nie może naruszać praw pozostałych pacjentów do właściwego leczenia i spokoju.

§ 98.

1. Opiekunowie pacjentów mogą zgłaszać się po informacje o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie do kierownika kliniki lub lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych – do lekarza dyżurnego oddziału.
2. Opiekunowie pacjentów o własnych ważnych spostrzeżeniach dotyczących stanu dziecka powinni informować pielęgniarkę lub lekarza prowadzącego.

§ 99.

Osobom odwiedzającym nie wolno żądać od pracowników Instytutu usług osobistych, niezwiązanych z leczeniem pacjenta.

§ 100.

1. Osobom nieprzestrzegającym niniejszego Regulaminu, a w szczególności postanowień niniejszego rozdziału, personel medyczny ma prawo polecić opuszczenie oddziału.
2. W przypadku naruszania postanowień Regulaminu, personel ma prawo wezwać ochronę szpitala lub funkcjonariuszy policji.

§ 101.

Zasady odwiedzin, o których mowa w niniejszym rozdziale, są wywieszane na tablicach ogłoszeń na oddziałach Instytutu.

Rozdział XIV

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego

§ 102.

1. Ambulatoryjne świadczeń zdrowotne w Instytucie udzielane są w poradniach i pracowniach.
2. Poradnia jest wyodrębnioną organizacyjnie – jako samodzielna jednostka organizacyjna lub część jednostki organizacyjnej (Zespołu Poradni Specjalistycznych) – częścią przedsiębiorstwa Działalność Ambulatoryjna i Diagnostyczna.
3. Do zadań poradni lub pracowni należy prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej lub rehabilitacyjnej w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej kliniki, zakładu lub samodzielnej komórki organizacyjnej.

4. Do zadań poradni lub pracowni w szczególności należy:
 - 1) zapewnianie pacjentom opieki ambulatoryjnej pediatrycznej i wysokospecjalistycznej w reprezentowanej specjalności,
 - 2) rozpoznawanie chorób, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
 - 3) udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii,
 - 4) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
 - 5) realizacja programów zdrowotnych, zleconych Instytutowi,
 - 6) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
 - 7) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
 - 8) poprawa jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 9) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej,
 - 10) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
 - 11) prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
 - 12) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Instytucie,
 - 13) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
5. Personel poradni stanowiącej samodzielną jednostkę organizacyjną podlega zwierzchnictwu służbowemu kierownika kliniki zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszego Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Personel poradni stanowiącej komórkę organizacyjną Zespołu Poradni Specjalistycznych podlega zwierzchnictwu służbowemu kierownika tego Zespołu, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Zwierzchnikiem służbowym pielęgniarek zatrudnionych w poradni lub pracowni jest zastępca kierownika Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, zgodnie z ustalonym zakresem obowiązków.

§ 103.

1. Przyjęcie pacjenta w poradni (lub pracowni) odbywa się na podstawie:
 - 1) decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia ambulatoryjnego zgodnie z trybem opisanym w §§ 30-32 niniejszego Regulaminu,
 - 2) skierowania pacjenta przez lekarza poradni specjalistycznej Instytutu,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć, zgodnie z § 40 niniejszego Regulaminu.
2. Wizyty w poradni są planowane.
3. Poradnie (lub pracownie) czynne są w godzinach od 8.00 do 15.35, a w wyznaczone dni od 8.00 do 18.00.
4. Informacje o godzinach pracy poradni są wywieszane na tabliczkach informacyjnych danej poradni.

Rozdział XV

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki

§ 104.

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych i badań analitycznych w Instytucie udzielane są w pracowniach.
2. Pracownia jest wyodrębnioną organizacyjnie – jako samodzielna jednostka organizacyjna lub część jednostki organizacyjnej (kliniki lub zakładu) – częścią przedsiębiorstwa Działalność Ambulatoryjna i Diagnostyczna lub Szpital.
3. Do zadań pracowni należy wykonywanie, zgodnie z zakresem jej działania, badań i procedur potrzebnych do rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii lub rehabilitacji.
4. Do zadań pracowni należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych,
 - 2) udział w realizacji programów zdrowotnych, zleconych Instytutowi,
 - 3) udział w działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia,
 - 4) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
 - 5) poprawa jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 6) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej,

- 7) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
 - 8) prowadzenie list pacjentów oczekujących na świadczenie,
 - 9) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Instytucie,
 - 10) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
5. Personel pracowni stanowiącej komórkę organizacyjną kliniki lub zakładu podlega zwierzchnictwu służbowemu kierownika tej kliniki lub zakładu, z zastrzeżeniem ust. 6.
 6. Pracą pielęgniarek zatrudnionych w pracowni kieruje pielęgniarka koordynująca (w zakładzie) lub pielęgniarka oddziałowa (w klinice) w zakresie ustalonym przez naczelną pielęgniarkę i zastępcę dyrektora ds. klinicznych.

§ 105.

1. Przyjęcie pacjenta w pracowni odbywa się na podstawie:
 - 1) zakwalifikowania pacjenta na podstawie skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z trybem opisanym w §§ 30-32 niniejszego Regulaminu,
 - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub oddziału prowadzącego leczenie pacjenta w Instytucie,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć, zgodnie z § 40 niniejszego Regulaminu.
2. Terminy badań są planowane, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Badania w trybie pilnym wykonywane są na zlecenie lekarza Instytutu prowadzącego leczenie pacjenta.
4. Wykonywanie badań w pracowniach odbywa się w godzinach 8.00–15.35, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Praca w pracowniach diagnostyki laboratoryjnej prowadzona jest całodobowo.
6. W pozostałych zakładach, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy, wyznaczone pracownie pełnią dyżury. Pełnienie dyżurów ma na celu w szczególności zapewnienie wykonywania badań pacjentów szpitala.
7. Informacje o godzinach pracy pracowni są wywieszone na tablicy informacyjnej zakładu lub danej pracowni.

Rozdział XVI

Komitety, komisje i zespoły

§ 106.

1. W Instytucie działają komitety, komisje i zespoły wspomagające działalność w zakresie organizacji, wykonywania, nadzorowania, analizowania lub oceniania udzielanych świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:
 - 1) Komitet Terapeutyczny,
 - 2) Komitet Transfuzjologiczny,
 - 3) Komitet kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 4) Zespół kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 5) Zespół ds. jakości,
 - 6) Komisja ds. analizowania przyczyn zgonów,
 - 7) Zespół leczenia żywieniowego,
 - 8) Zespół ds. racjonalnej antybiotykoterapii,
 - 9) Zespół leczenia bólu,
 - 10) Zespół ds. doskonalenia i symulacji w anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 11) Zespół kwalifikujący do przeszczepiania nerek,
 - 12) Zespół ds. elektronicznej dokumentacji medycznej,
 - 13) Zespół ds. bezpieczeństwa opieki.
2. Szczegółowe zasady funkcjonowania oraz zakres zadań i skład osobowy komitetów, komisji i zespołów regulują zarządzenia dyrektora Instytutu.

§ 107.

1. Skargi i wnioski zgłaszane ustnie przez pacjentów lub opiekunów rozpatruje Dział Komunikacji, Jakości i Wsparcia Pacjenta, do którego zadań w tym zakresie należy:
 - 1) przyjmowanie oraz ewidencjonowanie skarg i wniosków,
 - 2) rozpoznawanie przedmiotu i zasadności skarg i wniosków,
 - 3) przygotowanie informacji o sposobie załatwienia ustnych skarg i wniosków,
 - 4) przedstawianie dyrektorowi wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z zgłoszonych i rozpoznanych spraw,

- 5) sporządzanie okresowych sprawozdań z działalności Działu Komunikacji, Jakości i Wsparcia Pacjenta.
2. Skargi pacjentów wpływające do Instytutu w formie pisemnej rozpatruje Dział Komunikacji, Jakości i Wsparcia Pacjenta, do którego zadań w tym zakresie należy:
 - 1) przyjmowanie oraz ewidencjonowanie skarg w formie pisemnej,
 - 2) rozpoznawanie przedmiotu i zasadności skargi pisemnej poprzez powołanie zespołu ekspertów,
 - 3) przygotowanie i przedkładanie do podpisu dyrektorowi projektów odpowiedzi na skargi,
 - 4) przedstawianie dyrektorowi wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z rozpoznanych skarg pisemnych,
 - 5) sporządzanie okresowych sprawozdań dotyczących rozpatrywanych skarg,
 - 6) sporządzanie okresowych raportów do Ministerstwa Zdrowia dotyczących wszystkich skarg i wniosków wpływających do Instytutu.
3. Rozpatrywaniu przez właściwe jednostki podlegają skargi i wnioski pacjentów złożone w formie ustnej lub na piśmie w Dziale Komunikacji, Jakości i Wsparcia Pacjenta, sekretariacie dyrektora, sekretariacie zastępcy dyrektora do spraw klinicznych, sekretariatach innych komórek organizacyjnych Instytutu, jak również przesłane do Instytutu, w tym za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefaksu.
4. Skargi rozpatrywane są w terminach określonych przepisami prawa.
5. Informację o przyjmowaniu skarg i wniosków umieszcza się w widocznym miejscu, przy wejściu głównym do Instytutu.

§ 108.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, jest zadaniem rady naukowej Instytutu.

Rozdział XVII

Organizacja i nadzór nad procesem udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 109.

1. Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych sprawuje zastępca dyrektora ds. klinicznych.
2. Komórką organizacyjną wspomagającą działania zastępcy dyrektora ds. klinicznych w zakresie organizacji i koordynacji udzielanych świadczeń zdrowotnych jest Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń. Zadania Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 110.

1. Nadzór nad realizacją zadań w zakresie pielęgnacji pacjenta sprawuje pion Naczelnej Pielęgniarki.
2. Komórką organizacyjną wspomagającą działania w zakresie organizacji i koordynacji opieki pielęgnacyjnej jest Dział Organizacji Pracy Pielęgniarskiej. Zadania Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział XVIII

Dokumentacja i statystyka medyczna

§ 111.

1. Instytut prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Instytutu zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i aktem wykonawczym do tej ustawy, określającym rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania.
2. Przez dokumentację medyczną należy rozumieć zbiory dokumentów medycznych zawierające dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz udzielanych przez Instytut świadczeń zdrowotnych.
3. W Instytucie pacjent, objęty zarówno opieką ambulatoryjną jak i leczeniem szpitalnym, ma jedną dokumentację medyczną – historię choroby – posiadającą stały numer identyfikacyjny (numer kartoteki), nadany przy pierwszorazowym przyjęciu. Numer kartoteki służy następnie do identyfikacji pacjenta, kompletowania, przechowywania i odtwarzania dokumentacji.

4. Postanowienia ust. 3 nie dotyczą dokumentacji medycznej pacjentów, o których mowa w § 118 i § 119.
5. Dokumentacja indywidualna prowadzona jest dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych Instytutu na obowiązujących formularzach lub drukach, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w innej pisemnej formie.
6. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek.
7. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane także na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczenia informacji przed zniszczeniem i dostępem osób nieupoważnionych, a także pod warunkiem sporządzania zbiorów w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 2, w postaci formularzy lub druków oraz sporządzania i przechowywania wydruków podpisanych przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.
8. Instytut zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta oraz ochronę danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
9. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w Instytucie może określać zarządzenie dyrektora.

§ 112.

1. Historia choroby pacjenta leczonego ambulatoryjnie ma okładkę w kolorze szarym i gromadzona jest w podziale na poszczególne poradnie.
2. Historia choroby dla pacjenta leczonego szpitalnie ma okładkę w kolorze niebieskim i układana jest chronologicznie, poszczególnymi hospitalizacjami.
3. W przypadku gdy pacjent jest leczony w Instytucie zarówno ambulatoryjnie, jak i szpitalnie, obie części historii choroby są łączone w sposób trwały i tworzą całość.
4. Obszerną dokumentację medyczną należy dzielić na kolejne woluminy (tomy). Poszczególne tomy należy wprowadzić do służącego do rejestracji obiegu historii chorób wykorzystywanego w Instytucie systemu informatycznego, opisując je zgodnie z oznaczeniem naniesionym na dokumentacji papierowej.

§ 113.

1. Historia choroby dla pacjenta leczonego ambulatoryjnie zawiera w szczególności formularze:
 - 1) w części I
 - a) historia choroby – ambulatorium,
 - b) skierowanie na konsultację/leczenie w Instytucie,
 - c) wywiad,
 - d) pełnomocnictwa w zakresie udostępniania dokumentacji,
 - e) korespondencja z lekarzem kierującym, pacjentem, opiekunami pacjenta lub innymi podmiotami,
 - f) kopie wydanych zaświadczeń;
 - 2) w części II
 - a) karta badania przedmiotowego (według uznania danej jednostki),
 - b) karta badań obserwacji i konsultacji,
 - c) karty badań specjalistycznych,
 - d) karta informacyjna leczenia ambulatoryjnego,
 - e) skierowania do innych poradni Instytutu, przy czym skierowanie do każdej kolejnej poradni powinno chronologicznie poprzedzać dokumentację z leczenia w tej poradni,
 - f) skierowania na leczenie szpitalne należy przekazać opiekunom pacjenta celem przedstawienia przy przyjęciu w Izbie Przyjęć;
 - 3) w części III – wyniki badań specjalistycznych.
2. Historia choroby dla pacjenta leczonego szpitalnie zawiera w szczególności formularze:
 - 1) w części I
 - a) karta przyjęcia do szpitala,
 - b) skierowanie na leczenie,
 - c) świadoma zgoda na leczenie szpitalne,
 - d) pełnomocnictwo w zakresie udostępniania dokumentacji,
 - e) korespondencja z lekarzem kierującym i pacjentem lub opiekunami pacjenta oraz innymi podmiotami,
 - f) kopie wydanych zaświadczeń;
 - 2) w części II
 - a) karta badania przedmiotowego,

- b) karta obserwacji i konsultacji,
 - c) karta zleceń lekarskich,
 - d) karta gorączkowa,
 - e) indywidualna karta opieki pielęgniarstwa,
 - f) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - g) inne, dokumentujące badania, zabiegi i leczenie pacjenta;
- 3) w części III – wyniki badań specjalistycznych.
3. Numerowanie i układanie stron w historii choroby:
- 1) strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość,
 - 2) w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane,
 - 3) w Instytucie obowiązuje numerowanie stron dokumentacji narastająco, od najstarszej do najnowszej zgodnie z:
 - a) wyodrębnionymi częściami historii choroby (I, II, III),
 - b) osobno dla każdej poradni,
 - c) osobno dla każdej hospitalizacji (nie oddziału w trakcie jednej hospitalizacji),
 - d) jeżeli dokumenty z każdej hospitalizacji są w osobnej okładce – teczki winny być dopinane narastająco (pierwsza okładka powinna być na początku, ponieważ jest na niej często dużo informacji o pacjencie, np. szczepienia wzw, uczulenia, itp.).

§ 114.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do dokumentacji medycznej należy włączyć:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej 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, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 115.

- 1. Historia choroby zakładana jest przez Rejestrację Główną, Izbę Przyjęć lub inne jednostki organizacyjne, wskazane przez dyrektora bądź uprawnioną przez niego osobę.
- 2. Jeżeli pacjent przyjmowany jest w godzinach popołudniowych lub w dni wolne od pracy, historię choroby zakłada Izba Przyjęć.
- 3. W dniu przyjęcia sprawdzana jest tożsamość pacjenta, jego opiekunów oraz podstawa prawna udzielenia świadczeń zdrowotnych.
- 4. Na podstawie danych przedstawionych przez opiekunów pacjenta przy pierwszorazowym przyjęciu, wypełniana jest pierwsza strona okładki historii choroby (numer oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i numer PESEL) oraz formularze stanowiące wkładki do historii choroby.
- 5. Przynależność do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dane osobowe muszą być potwierdzane przy kolejnych przyjęciach pacjenta i w razie potrzeby, aktualizowane przez osobę odpowiedzialną za rejestrowanie udzielanych świadczeń w dokumentacji papierowej i elektronicznej.

§ 116.

- 1. Dokumentacja medyczna jest zbiorem dokumentów z przebiegu leczenia pacjenta w Instytucie.
- 2. Dokumentację medyczną prowadzona jest chronologicznie (oddzielnie dla każdej z części), na bieżąco, dokładnie i czytelnie. Ponadto, jeżeli pacjent leczony jest w kilku poradniach, obowiązuje chronologiczne gromadzenie i numerowanie dokumentacji dla każdej poradni oddzielnie.
- 3. Strony historii choroby są numerowane zgodnie z niniejszym Regulaminem.
- 4. Każdy dokument wchodzący w skład dokumentacji medycznej musi być opatrzony podpisem i pieczętą lekarza/innego pracownika medycznego, datą jego wystawienia oraz numerem strony, nadawanym na bieżąco.
- 5. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz gromadzenie jej w historii choroby odpowiada lekarz prowadzący leczenie pacjenta w danej poradni specjalistycznej lub na oddziale szpitalnym.

6. Nadzór merytoryczny spoczywa na kierowniku kliniki lub innej samodzielnej jednostki organizacyjnej Instytutu, właściwej dla prowadzonego procesu leczniczego dziecka.

§ 117.

1. Dokumentacja medyczna (historie chorób) przechowywana jest w Kartotece do ukończenia przez pacjenta 18. roku życia, a następnie przekazywana do Archiwum Instytutu.
2. Dokumentacja medyczna (historie chorób) pacjentów powyżej 18. roku życia, w przypadku uzyskania zgody na leczenie indywidualne, przechowywana jest w Kartotece. Historia choroby takiego pacjenta musi być oznakowana przez lekarza prowadzącego w sposób umożliwiający identyfikację przypadku i nieprzekazywanie do Archiwum do momentu zakończenia leczenia.
3. Pacjentowi powyżej 18. roku życia wcześniej leczonemu i wypisanemu (dokumentacja została przekazana do Archiwum), po uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na ponowne leczenie w Instytucie, zakładany jest nowy wolumin historii choroby o poprzednim numerze kartoteki z literą D.
4. W przypadku zgonu historia choroby przekazywana jest przez Kartotekę do Archiwum Instytutu na bieżąco, po zakończeniu roku kalendarzowego, bez względu na wiek zmarłego pacjenta.
5. Datę zakończenia historii choroby stanowi ostatni dzień roku, w którym pacjent ukończył 18 lat.
6. Dokumentacja musi być przechowywana w miejscu umożliwiającym szybkie jej odnalezienie oraz zabezpieczona przed dostępem osób niepowołanych.
7. Kartoteka wydaje dokumentację medyczną dla potrzeb bieżących jednostkom organizacyjnym działalności medycznej Instytutu do użytku wewnętrznego na polecenie dyrektora lub zastępcy dyrektora ds. klinicznych.
8. Do pobierania dokumentacji medycznej pacjenta Instytutu z Kartoteki uprawnieni są wyłącznie pracownicy pisemnie upoważnieni przez kierowników jednostek organizacyjnych działalności medycznej, tj. klinik lub samodzielnych poradni.
9. Dokumentację zamówioną i zwracaną do Kartoteki przewożą do i z poszczególnych jednostek organizacyjnych pracownicy Kartoteki.
10. Dokumentacja medyczna nie może być przekazywana przez pacjentów i opiekunów pacjenta.
11. Postanowienia niniejszego paragrafu nie dotyczą dokumentacji medycznej pacjentów, o których mowa w § 118 i § 119.

§ 118.

1. Dla pacjentów korzystających ze świadczeń stomatologicznych obowiązuje karta choroby poradni stomatologicznej.
2. Karta choroby zakładana jest przez sekretariat Poradni Stomatologicznej dla Dzieci.
3. Dokumentacja stomatologiczna jest gromadzona i przechowywana w Poradni Stomatologicznej dla Dzieci oraz przekazywana przez pracowników Zakładu do Archiwum Zakładowego, zgodnie z obowiązującymi w Instytucie zasadami archiwizacji.

§ 119.

1. Dla pacjentów dorosłych, przyjmowanych w Poradni Genetycznej, historia choroby zakładana jest przez Rejestrację Główną z innym numerem kartoteki.
2. Dokumentacja jest gromadzona i przechowywana w Poradni Genetycznej oraz przekazywana przez pracowników Poradni do Archiwum Zakładowego, zgodnie z obowiązującymi w Instytucie zasadami archiwizacji.

§ 120.

1. Instytut udostępnia dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi w tym względzie przepisami prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności:
 - 1) ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i przepisami aktów wykonawczych do tej ustawy,
 - 2) ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (**Dz. U. z 2017, poz. 1170 z późn. zm.**) i przepisami aktów wykonawczych do tej ustawy.
2. Instytut udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

4. Instytut udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych, konsultantom krajowym i wojewódzkim oraz uprawnionym na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego organom kontrolnym, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
 - 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
 - 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
 - 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
 - 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
 - 7) zakładom ubezpieczeń, na wniosek lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń, za pisemną zgodą pacjenta lub opiekuna pacjenta, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

§ 121.

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu w Instytucie – za pośrednictwem lekarza prowadzącego,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony na podstawie odrębnych przepisów organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
2. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 1 pkt 2 Instytut pobiera opłatę, z wyjątkiem udostępnienia dokumentacji organom rentowym w przypadkach określonych przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
3. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej wynosi:
 - 1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 8,44 zł,
 - 2) za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej – 0,30 zł,
 - 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – 1,69 zł.
4. Opłaty określone w ust. 3 podlegają aktualizacji co kwartał, proporcjonalnie do zmian wysokości wskaźnika, o którym mowa w art. 28 ust. 4 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – bez konieczności zachowania trybu przyjętego dla zmian niniejszego Regulaminu.
5. Aktualne wysokości opłat, o których mowa w ust. 3, podlegają publikacji na stronie internetowej Instytutu oraz znajdują się do wglądu w Kasie Instytutu i w Izbie Przyjęć.
6. Koszty wysyłki udostępnianej dokumentacji medycznej, za potwierdzeniem jej odbioru, nalicza się według obowiązującej taryfy pocztowej.
7. Osoby, którym dokumentacja medyczna udostępniana jest na miejscu (w Instytucie), wnoszą należne z tego tytułu wpłaty do kasy Instytutu. Podstawę wniesienia wpłaty stanowi faktura.
8. Podmioty, którym udostępniana dokumentacja medyczna jest przesyłana drogą pocztową, uiszczają wpłaty gotówką lub przelewem na rachunek bankowy Instytutu podany w wystawionej fakturze.
9. Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji zamieszczony jest na stronie internetowej Instytutu.

§ 122.

1. Udostępnianie dokumentacji medycznej wewnętrznej na zewnątrz Instytutu podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, następuje na podstawie decyzji dyrektora lub innej upoważnionej przez niego osoby.
2. Jeżeli dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę, decyzję o udostępnieniu dokumentacji na zewnątrz może podjąć kierownik kliniki/oddziału/zakładu, lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad dzieckiem.
3. Dokumentację medyczną udostępnia się na zewnątrz Instytutu w formie wyciągów, odpisów lub kopii, chyba że uprawniony podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W razie wydania orygi-

nałów należy pozostawić pełny odpis lub kopię wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

4. Udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz Instytutu następuje w trybie poufnym i z zachowaniem ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru, a także z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji.

§ 123.

1. Instytut przechowuje historie chorób przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - 1) dokumentacji w przypadku zgonu pacjenta, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - 2) zdjęć rentgenowskich znajdujących się poza historią choroby pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza znajdujących się poza historią choroby pacjenta, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia,
 - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 dokumentacja medyczna podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
3. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana, za pokwitowaniem, na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 120 ust. 2 lub 3.
4. Do postępowania z dokumentacją będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i **archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217, z późn. zm.)**, stosuje się te przepisy.

§ 124.

1. W Instytucie prowadzi się centralny rejestr spraw dotyczących udostępniania uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej pacjentów Instytutu na zewnątrz.
2. Za prowadzenie centralnego rejestru, o którym mowa w ust. 1 oraz za koordynację działań na rzecz terminowego i prawidłowego przekazywania dokumentacji uprawnionym podmiotom odpowiada Sekcja Dokumentacji.

§ 125.

1. W Instytucie przygotowywane są analizy dotyczące przyjęć pacjentów w zakresie wykonywanych świadczeń zdrowotnych na potrzeby wewnętrzne, Ministra Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego oraz innych organów i instytucji, upoważnionych na mocy odrębnych przepisów.
2. Statystykę i analizy, o których mowa w ust. 1, prowadzi Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej.

Rozdział XIX

Druki i formularze

§ 126.

1. W Instytucie, w toku prowadzenia spraw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosuje się druki i formularze:
 - 1) powszechnego użytku (druki Pu),
 - 2) zatwierdzone do stosowania przez Ministra Zdrowia (druki Mz),
 - 3) własne (nietypowe), używane wyłącznie w Instytucie – opracowane według własnych wzorów, stosownie do potrzeb Instytutu i prowadzonej działalności.
2. Wzory własnych formularzy i druków opracowywane są przez komórki organizacyjne i stanowiska pracy, właściwe dla przedmiotu prowadzonych spraw.

Rozdział XX

Kody resortowe

§ 127.

Instytut, przedsiębiorstwa Instytutu oraz ich jednostki organizacyjne są objęte systemem resortowych kodów identyfikacyjnych na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej i aktach wykonawczych do tej ustawy.

Rozdział XXI

Administrator Bezpieczeństwa Informacji

§ 128.

1. Administrator Danych, którym jest dyrektor Instytutu, może powołać Administratora Bezpieczeństwa Informacji
2. Administrator Bezpieczeństwa Informacji podlega bezpośrednio Administratorowi Danych.
3. Administrator Danych zapewnia środki i organizacyjną odrębność Administratora Bezpieczeństwa Informacji niezbędne do niezależnego wykonywania przez niego zadań, o których mowa w art. 36a ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych.
4. Do zadań Administratora Bezpieczeństwa Informacji należy:
 - 1) zapewnianie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności przez:
 - a) sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych,
 - b) nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji, o której mowa w art. 36 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych oraz przestrzegania zasad w niej określonych,
 - c) zapewnianie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych;
 - 2) prowadzenie rejestru zbiorów danych przetwarzanych przez Administratora Danych, z wyjątkiem zbiorów, o których mowa w art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, zawierającego nazwę zbioru oraz informacje, o których mowa w art. 41 ust. 1 pkt 2–4a i 7 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - 3) prowadzenie, w imieniu administratora danych, ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych;
 - 4) nadawanie, w imieniu administratora danych upoważnień do przetwarzania danych osobowych;
 - 5) prowadzenie rejestru zgłoszeń zbiorów danych osobowych, zawierających dane, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, przesłanych przez kierowników komórek organizacyjnych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych;
 - 6) prowadzenie rejestru zmian informacji w zbiorach danych osobowych zarejestrowanych u Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, o których wyżej mowa, z zastrzeżeniem art. 41 ust. 3 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - 7) opiniowanie dokumentów i formularzy w zakresie ochrony danych osobowych;
 - 8) nadzorowaniu dostępu osób nieupoważnionych do danych osobowych;
 - 9) sprawowanie nadzoru nad:
 - a) wdrażaniem odpowiednich środków organizacyjnych, technicznych i fizycznych w celu zapewnienia bezpieczeństwa danych osobowych,
 - b) funkcjonowaniem systemu zabezpieczeń wdrożonym w celu ochrony danych osobowych,
 - c) przechowywaniem i odpowiednim zabezpieczeniem dokumentów zawierających dane osobowe,
 - d) udostępnianiem danych osobowych.