

**Załącznik nr 2**  
**Do Zarządzenia nr 15/2016**  
**Dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie**  
**z dnia 14.04.2016 r.**

(tekst jednolity)

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY**  
**NARODOWEGO INSTYTUTU GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI**

im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

(tekst jednolity zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniami Dyrektora:

- Zarządzeniem nr 26/2012 z dn. 29.06.2012 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 43/2012 z dn. 1.10.2012 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 6/2013 z dn. 28.02.2013 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 25/2013 z dn. 28.10.2013 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 6/2014 z dn. 13.02.2014 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 20/2014 z dn. 12.05.2014 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 29/2014 z dn. 2.07.2014 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 27/2015 z dn. 29.09.2015 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 8/2016 z dn. 16.02.2016 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym
- Zarządzeniem nr 15/2016 z dn. 14.04.2016 r. w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym)

Warszawa, dnia 14.04.2016 r.

## **ROZDZIAŁ I**

### **Postanowienia ogólne**

#### **§ 1**

1. Podstawę działania Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, zwanego dalej Instytutem stanowią:
  - 1) Statut Instytutu zatwierdzony przez ministra właściwego dla spraw zdrowia,
  - 2) niniejszy Regulamin,
  - 3) obowiązujące Instytut przepisy prawa, w tym w szczególności przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych (j.t. Dz.U. z 2015 r., poz. 1095 z późn. zm.),
  - 4) wewnętrzne uregulowania i procedury.
2. Niniejszy regulamin organizacyjny określa:
  - 1) strukturę organizacyjną Instytutu, zakresy działania komórek organizacyjnych oraz zadania i obowiązki osób zajmujących w Instytucie stanowiska samodzielne i kierownicze,
  - 2) organizację i zadania poszczególnych pionów organizacyjnych, zakresy działania poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz ogólne zasady współpracy pomiędzy tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania Instytutu pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.
3. Strukturę organizacyjną ilustruje schemat organizacyjny Instytutu stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

## **ROZDZIAŁ II**

### **Struktura zarządzania**

#### **§ 2**

1. Organami Instytutu są:
  - 1) Dyrektor,
  - 2) Rada Naukowa.

#### **§ 3**

1. Dyrektor kieruje całokształtem działalności Instytutu, a w szczególności:
  - 1) ustala plany działalności Instytutu i jego strukturę organizacyjną,
  - 2) realizuje politykę kadrową,
  - 3) reprezentuje Instytut,
  - 4) zarządza mieniem i odpowiada za wykorzystanie mienia Instytutu na realizację zadań statutowych, zgodnie z zasadami legalności, rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności,

- 5) odpowiada za wyniki działalności naukowej i badawczo rozwojowej Instytutu,
  - 6) podejmuje decyzję we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem należących do zakresu działania Rady Naukowej.
2. Dyrektor zarządza Instytutem przy pomocy:
    - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych,
    - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych,
    - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych,
    - 4) Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych,
    - 5) Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
    - 6) Głównego Księgowego,
    - 7) Kierowników komórek organizacyjnych i pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy.
  3. Zastępców Dyrektora powołuje Dyrektor po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
  4. Kierowników komórek organizacyjnych prowadzących badania naukowe lub prace rozwojowe, w tym kierowników klinik, zakładów i oddziałów zatrudnia Dyrektor na okres 6 lat, spośród kandydatów wyłonionych w drodze konkursu po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej. W przypadku pozytywnej oceny pracy Dyrektor, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej, może przedłużyć na kolejne kadencje zatrudnienie na zajmowanym stanowisku. Tryb i zasady przeprowadzenia konkursu określa regulamin ustalony przez Dyrektora Instytutu.
  6. Zastępcy Dyrektora kierują działalnością w powierzonym im zakresie spraw przy udziale podporządkowanych im bezpośrednio komórek organizacyjnych w granicach umocowania ustalonego przez Dyrektora.
  7. Dyrektora podczas jego nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych lub inny wyznaczony przez niego Zastępca, bądź upoważniony kierownik komórki organizacyjnej.
  8. Dyrektor Instytutu może powołać kolegium jako swój organ opiniotwórczo - doradczy. Członków kolegium powołuje i odwołuje Dyrektor.

#### **§ 4**

1. Rada Naukowa, jest organem stanowiącym, inicjującym, opiniotwórczym i doradczym Instytutu w zakresie jego działalności statutowej oraz w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej.
2. Zadania Rady Naukowej określa ustawa.
3. Zasady i tryb działania Rady Naukowej określa jej regulamin.

#### **§ 5**

1. Komisja Dyscyplinarna wybierana jest zgodnie ze Statutem. Rzecznik Dyscyplinarny Instytutu powołany jest przez Radę Naukową Instytutu.
2. Zasady, zadania i tryb działania Komisji Dyscyplinarnej oraz Rzecznika Dyscypliny określa ustawa.

## **§ 6**

1. Dyrektor powołuje w Instytucie:
  - 1) komisje lub zespoły stałe, dla prowadzenia lub opiniowania określonych zagadnień, składające się z pracowników Instytutu. Komisje nie są uprawnione do wydawania poleceń komórkom organizacyjnym.
  - 2) komisje doraźne lub zespoły robocze dla opracowania określonych zagadnień.
2. Komisje i zespoły powoływane są na ściśle określony czas, bądź też dla opracowania oznaczonego zadania. Wykonują one swe zadania w godzinach służbowych i za wykonaną pracę nie przysługuje ich członkom wynagrodzenie, chyba że w zarządzeniu o ich powołaniu jest podane, że mogą wykonywać przydzieloną im pracę w godzinach pozasłużbowych z podaniem podstawy prawnej źródła finansowania i wynagrodzenia.

## **§ 7**

1. Dyrektor może ustanowić pełnomocników w trybie obowiązujących przepisów do realizacji określonych zadań oraz ustalić zakres i czas ich umocowania.
2. Oprócz pełnomocników z ust. 1 mogą być powołani pełnomocnicy do dokonywania określonych czynności.
3. Ustanowieni pełnomocnicy nie podlegają wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego. Udzielone pełnomocnictwo podlega rejestracji w Sekretariacie Dyrektora.
4. Powołani przez Dyrektora Pełnomocnicy mogą podlegać Dyrektorowi bezpośrednio lub wskazanemu Zastępcy Dyrektora.

## **ROZDZIAŁ III**

### **Organizacja zarządzania**

## **§ 8**

1. Strukturę organizacyjną Instytutu określa Dyrektor w Regulaminie Organizacyjnym, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz zakładowych organizacji związkowych.
2. W skład Instytutu wchodzi w szczególności:
  - a. komórki działalności naukowej i usługowej: zakłady, kliniki, samodzielne pracownie, biblioteki, pracownie oraz przychodnie specjalistyczne, poradnie, laboratoria diagnostyczne.
  - b. komórki działalności administracyjno-gospodarczej, technicznej, obsługi, działy, samodzielne stanowiska pracy.
3. Komórki działalności naukowej i usługowej, o których mowa w ust. 2 pkt a. tworzy Dyrektor Instytutu po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
4. W strukturze organizacyjnej pionu Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych wyodrębnia się przedsiębiorstwa zgodnie z § 31 niniejszego Regulaminu.

## § 9

1. Zakład (samodzielna pracownia) jest podstawową komórką organizacyjną naukowo-badawczą Instytutu, utworzoną i wyposażoną w niezbędne środki techniczne dla prowadzenia wyodrębnionej i jednorodnej lub pokrewnej problematyki naukowo-badawczej w zakresie działalności statutowej i zapewniającą klinikom działalność usługowo-badawczą.
2. Zakładem (samodzielną pracownią) kieruje kierownik powołany przez Dyrektora Instytutu podlegający służbowo bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych lub Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych, o ile niniejszy regulamin organizacyjny nie stanowi inaczej.
3. W zakładzie mogą być tworzone pracownie jako komórki organizacyjne, obejmujące część przedmiotu naukowo- badawczego zakładu.
4. Pracownią w zakładzie kieruje kierownik powołany przez Dyrektora Instytutu na wniosek kierownika zakładu.
5. Kierownicy zakładów (samodzielnych pracowni) naukowo-badawczych kierują całokształtem działalności zakładu (samodzielnej pracowni), w szczególności realizują zadania:
  - a. opracowują projekty planów prac naukowo-badawczych zakładu,
  - b. kierują pracami związanymi z realizowaniem tematów naukowo-badawczych w zakładzie, udzielają konsultacji merytorycznych metodycznych referentom tematów oraz bieżąco współpracują i kontrolują przebieg realizacji tematu (zadania),
  - c. opracowują sprawozdania z wykonania prac naukowo-badawczych przez zakład,
  - d. inicjują wykorzystanie wyników prac naukowo-badawczych,
  - e. prowadzą własne prace naukowo-badawcze i uczestniczą w pracach zespołowych grup problemowych,
  - f. prowadzą działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia podyplomowego.
  - g. organizują seminaria i dyskusje na wybrane tematy związane z problematyką badawczą zakładu,
  - h. wykonują inne funkcje i czynności powierzone im przez Dyрекcję Instytutu.
6. W zakładzie (samodzielnej pracowni) zatrudnieni są:
  - 1) pracownicy naukowci,
  - 2) pracownicy badawczo-techniczni,
  - 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni
  - 4) pracownicy wykonujący zawody medyczne,
  - 5) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
  - 6) pracownicy obsługi.
7. W ramach Instytutu mogą być powołane specjalne międzyzakładowe zespoły badawcze dla wykonania wspólnie określonych prac naukowo-badawczych lub rozwiązania konkretnych problemów badawczych.

## § 10

1. Klinika jest podstawową komórką organizacyjną Instytutu utworzoną i wyposażoną w niezbędne środki techniczne dla prowadzenia prac naukowo-badawczych w oparciu o prowadzoną w niej działalność leczniczą (szpitalną i ambulatoryjną), w wyodrębnionej problematyce naukowo-badawczej.
2. Kliniką kieruje kierownik, powoływany w trybie § 3 ust. 4, podlegający służbowo bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych.
3. Kierownicy klinik kierują całokształtem działalności kliniki, a w szczególności realizują zadania:
  - 1) wykonują i nadzorują funkcjonowanie kliniki pod względem naukowym, medycznym, administracyjnym, gospodarczym oraz odpowiadają za właściwe leczenie chorych,
  - 2) ustalają właściwy tok pracy kliniki oraz podległego personelu i nadzorują ten tok pod względem fachowym i etycznym, a także pod względem dyscypliny pracy,
  - 3) nadzorują dbałość o roztaczanie nad chorym stałej opieki w zakresie leczenia,
  - 4) kierują pracą lekarzy zatrudnionych w klinice, czuwają nad pogłębieniem przez nich wiedzy oraz udzielają pomocy w prowadzonych pracach naukowych,
  - 5) inicjują dyskusje w ramach prowadzonych prac naukowych, organizują opracowanie i prezentowanie referatów poglądowych.
  - 6) prowadzenia innych funkcji, prac, czynności powierzonych przez kierownictwo Instytutu.
4. W klinice mogą być utworzone pododdziały kliniczne (szpitalne) obejmujące część wyspecjalizowanych zagadnień z zakresu określonych specjalizacji medycznych.
5. Kierownik oddziału klinicznego jest powoływany na wniosek kierownika właściwej kliniki przez Dyrektora Instytutu.
6. W klinice (oddziale) zatrudnieni są:
  - 1) pracownicy naukowcy,
  - 2) pracownicy badawczo-techniczni,
  - 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni
  - 4) pracownicy wykonujący zawody medyczne,
  - 5) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
  - 6) pracownicy obsługi.

## § 11

1. Dział (pracownię, zespół, sekcję) tworzy się dla wyodrębnionej, jednorodnej lub pokrewnej działalności pomocniczej, wykonywanej przez grupę pracowników związanych przez wykonywanie powtarzających się czynności w dłuższym okresie.
2. Działem kieruje powołany i odwoływany na wniosek kierownika danego pionu organizacyjnego (zastępcy dyrektora) przez Dyrektora Instytutu kierownik, podlegający bezpośrednio Dyrektorowi lub zastępcy dyrektora.
3. Stosownie do potrzeb mogą być tworzone w Instytucie jedno lub wieloosobowe stanowiska pracy, w tym także podporządkowane bezpośrednio Dyrektorowi Instytutu, lub jego zastępcy.

## ROZDZIAŁ IV

### Ogólny zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora i jego zastępców

#### § 12

1. Dyrektorowi Instytutu podporządkowane są bezpośrednio następujące komórki organizacyjne:
  - 1) Dział Kadr i Płac,
  - 2) Zakład Dydaktyki,
  - 3) Redakcja Czasopisma „Reumatologia”,
  - 4) Samodzielne stanowiska
    - a. Inspektor ds. BHP
    - b. Inspektor ds. Obronnych i ds. Ochrony Danych Osobowych,
  - 5) Kancelaria Instytutu,
  - 6) Pełnomocnik Dyrektora ds. kontroli wewnętrznej i jakości,
  - 7) Rzecznik Prasowy.
2. Ogólny zakres działania Dyrektora jako organu Instytutu określony został w § 3 Regulaminu.
3. Czynności z zakresu obsługi prawnej Dyrektora, Zastępców Dyrektora i pozostałych komórek organizacyjnych Instytutu wykonuje zewnętrzna kancelaria prawna.

#### § 13

1. Zastępca Dyrektora ds. Naukowych kieruje w imieniu Dyrektora Instytutu powierzonym mu całokształtem spraw w pionie nauki Instytutu związanych z prowadzeniem prac naukowych i badawczych i jest za nie odpowiedzialny.
2. Do kompetencji Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych należą w szczególności sprawy:
  - 1) planowania, koordynowania, organizowania i kontrolowania zadań i prac związanych z działalnością naukowo-badawczą Instytutu, dotyczących w szczególności wiodących kierunków i problemów działalności Instytutu,
  - 2) śledzenia rozwoju nauk związanych z działalnością naukowo i badawczą Instytutu w kraju i za granicą oraz opiniowanie i inicjowanie prac związanych z postępem nauki i techniki w zakresie tej działalności,
  - 3) współpraca z klinikami uniwersytetów medycznych na terenie całego kraju w zakresie zagadnień związanych z działalnością naukową Instytutu,
  - 4) współpracy z PAN, szkołami wyższymi, instytutami badawczymi i innymi placówkami oraz stowarzyszeniami naukowymi i zawodowymi w kraju, a także współpracy i utrzymywania łączności z organizacjami i instytucjami naukowymi,
  - 5) współpracy z zagranicą,

- 6) opracowywania projektów planów naukowych Instytutu oraz rocznych sprawozdań z jego działalności naukowej i badawczej w terminach ustalonych właściwymi zarządzeniami,
  - 7) opracowywania i przedstawiania Dyrektorowi Instytutu wniosków dot. pracowników naukowo-badawczych w sprawie m.in. nadania stopni i tytułu naukowego, wyjazdów na szkolenia i zjazdy, nagród za działalność naukową itp.,
  - 8) opracowywania planów wyjazdów naukowych i szkoleniowych zwłaszcza za granicę, nadzorowania ich realizacji i dokonywania okresowej oceny pod względem korzyści dla działalności naukowej, dydaktycznej i usługowej,
  - 9) nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji naukowych i zawodowych pracowników pionu naukowego oparty o okresowe analizy działalności naukowej z uwzględnieniem wpływu na rozwój osobisty, uczestnictwo w zjazdach, sympozjach oraz innych formach szkolenia w kraju i za granicą,
  - 10) organizowanie oceny nowych leków przeciwreumatycznych,
  - 11) nadzór nad organizowaniem sympozjów konferencji i zebrań,
  - 12) sprawowanie kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych podporządkowane są bezpośrednio następujące komórki organizacyjne:
- 1) Sekretariat Naukowy,
  - 2) Zakład Patofizjologii i Immunologii,
  - 3) Zakład Patomorfologii,
  - 4) Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej,
  - 5) Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego,
  - 6) Biblioteka Naukowa.

#### **§ 14**

1. Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych kieruje w imieniu Dyrektora pionem lecznictwa i całokształtem spraw i działalności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych należą w szczególności sprawy nadzoru i opiniowania:
  - 1) wniosków zgłaszanych przez kierowników komórek organizacyjnych pionu lecznictwa, a dotyczących spraw osobowych, zaopatrzenia i zakupów oraz remontów i adaptacji pomieszczeń,
  - 2) rejestracji wniosków w zakresie zmian struktury organizacyjnej pionu klinicznego,
  - 3) dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystyki i archiwum klinicznego,
  - 4) nad zaopatrzeniem w leki, w krew i środki krwiopochodne, w sprzęt i narzędzia lekarskie oraz nad gospodarką tymi przedmiotami, opracowywaniem oraz aktualizacją receptariusza Instytutu,
  - 5) obłożenia łóżek, przyjmowania na leczenie i wypisywania chorych,
  - 6) regulaminów porządkowych dla chorych, osób odwiedzających oraz personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego,



- 7) dyżurów lekarskich,
  - 8) lekarzy odbywających specjalizację w klinikach,
  - 9) opinii lekarskich dla sądów i prokuratur,
  - 10) nad powierzonym pionem kontroli wewnętrznej,
  - 11) przygotowania dokumentacji ofertowej na świadczenie usług medycznych, nadzór nad opracowaniem oferty, prowadzenie negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - 12) przedstawia inne niewymienione i niezbędne do funkcjonowania lecznictwa wnioski,
  - 13) badania kliniczne,
  - 14) w sytuacji wystąpienia nagłych zagrożeń, skutkujących zwiększoną liczbą pacjentów, zwiększenie obsady etatowej Izby Przyjęć do rozmiarów gwarantujących jej właściwy poziom pracy.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych są podporządkowane służbowo następujące komórki organizacyjne:
- 1) Klinika i Poliklinika Reumatologii Wieku Rozwojowego,
  - 2) Klinika i Poliklinika Reumatologii z Pododdziałem Geriatrii,
  - 3) Klinika i Poliklinika Układowych Chorób Tkanki Łącznej,
  - 4) Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów,
  - 5) Klinika i Poliklinika Reumoortopedii,
  - 6) Klinika i Poliklinika Neuroortopedii i Neurologii,
  - 7) Klinika Rehabilitacji,
  - 8) Klinika i Poliklinika Geriatrii,
  - 9) Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej,
  - 10) Centralne Laboratorium Kliniczne,
  - 11) Zakład Radiologii,
  - 12) Apteka,
  - 13) Dział Statystyki Medycznej, Analiz i Rozliczeń,
  - 14) Archiwum Kliniczne,
  - 15) Zespół Poradni,
  - 16) Blok Operacyjny,
  - 17) Izba Przyjęć,
  - 18) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
  - 19) Konsultanci medyczni,
  - 20) Ośrodek Terapii Biologicznej.

## **§ 15**

1. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych kieruje w imieniu Dyrektora Instytutu sprawami związanymi z działalnością Instytutu w zakresie: administracji, udzielania zamówień publicznych,

zaopatrzenia, eksploatacji budynków i terenów, remontów, inwestycji, bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych należą w szczególności sprawy:
  - 1) zaopatrzenia materiałowo-technicznego,
  - 2) gospodarki materiałami, aparaturą i urządzeniami,
  - 3) gospodarki budynkami, pomieszczeniami i terenem Instytutu,
  - 4) inwestycji, remontów kapitalnych i bieżących,
  - 5) gospodarki środkami transportu,
  - 6) porządku, czystości i ochrony mienia,
  - 7) usług administracyjnych, gospodarczych i transportowych,
  - 8) informatyczna obsługa Instytutu,
  - 9) zabezpieczenia przeciwpożarowego,
  - 10) kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych są podporządkowane następujące komórki organizacyjne:
  - 1) Dział Administracji,
  - 2) Dział Zamówień Publicznych i Umów,
  - 3) Sekcja Organizacyjno-Prawna,
  - 4) Sekcja Eksploatacji i Aparatury Medycznej,
  - 5) Inspektor p.poż.

## **§ 16**

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, kieruje w imieniu Dyrektora Instytutu całokształtem spraw i działalności związanych z gospodarką finansową Instytutu i wykonuje swe zadania i obowiązki przewidziane przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r o instytutach badawczych (Dz.U. Nr 96, poz. 618) oraz ustawą z dnia 29 września 1994 o rachunkowości (tj. Dz. U. 2009 Nr 152, poz. 1223 z późn. zm).
2. Do zakresu działalności i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno- Finansowych w szczególności należy:
  - 1) zarządzanie finansami Instytutu w sposób zapewniający płynność finansową,
  - 2) koordynowanie prac nad planem finansowym Instytutu oraz nadzór nad jego realizacją,
  - 3) nadzór nad finansami i gospodarką finansową Instytutu ze szczególnym uwzględnieniem rachunku kosztów,
  - 4) nadzór nad sporządzaniem corocznych sprawozdań finansowych oraz innej wymaganej przepisami prawa sprawozdawczości finansowej,
  - 5) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
  - 6) opiniowanie wniosków na dokonanie zakupu materiałów i usług,

- 7) prowadzenie gospodarki finansowej Instytutu i jej analiza, w szczególności przestrzegania i kontroli dyscypliny finansowej oraz prawidłowości dysponowania środkami pieniężnymi i rozliczania osób odpowiedzialnych majątkowo,
  - 8) opracowywania projektów planu finansowego oraz planowanie, gospodarowanie i analiza funduszu płac,
  - 9) kontrola rozliczeń związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników oraz ubezpieczeniem mienia Instytutu.
  - 10) kontrola nad opracowywaniem oraz aktualizacją polityki rachunkowości Instytutu,
  - 11) sprawowanie kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych podporządkowany jest:
- 1) Główny Księgowy wraz z podległym mu Działem Finansowo-Księgowym,
  - 2) Dział Kosztów i Analiz.

## § 17

1. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w imieniu Dyrektora Instytutu nadzoruje zespół średniego i niższego personelu medycznego oraz współuczestniczy w kierowaniu działalnością usługowo-leczniczą Instytutu.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa podlega Naczelna Pielęgniarka.
3. Do zakresu działania Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
  - 1) koordynowanie i bezpośredni nadzór pracy średniego oraz niższego personelu medycznego we wszystkich komórkach organizacyjnych oraz nadzór nad pielęgniarską dokumentacją medyczną,
  - 2) opracowanie oraz zgłaszanie wniosków w sprawach osobowych podległego personelu,
  - 3) sporządzanie planów dyżurów i urlopów nadzorowanych pracowników, ustalanie zastępstw w razie ich nieobecności,
  - 4) kontrola dyscypliny pracy oraz przestrzegania obowiązujących regulaminów,
  - 5) organizowanie szkoleń podległego personelu oraz bieżący instruktaż,
  - 6) kontrola stanu sanitarnego i porządku w pomieszczeniach dla chorych,
  - 7) udział w opracowaniu planu gospodarczego, planu zaopatrzenia oraz planu remontowego części klinicznej Instytutu,
  - 8) nadzór nad żywieniem pacjentów,
  - 9) przygotowanie planu zamówień publicznych w zakresie materiałów medycznych i żywienia pacjentów,
  - 10) w sytuacji wystąpienia zagrożeń nagłych w tym działań terrorystycznych lub innych zdarzeń masowych rozważenie zasadności dokonania zwiększenia obsady etatowej Izby Przyjęć do rozmiarów gwarantujących jej właściwy poziom pracy.
4. Naczelnej Pielęgniarence podporządkowane są następujące komórki organizacyjne:
  - 1) Pielęgniarki oddziałowe i średni personel medyczny,

- 2) Pielęgniarka epidemiologiczna,
- 3) Dietetyczka,
- 4) Niższy personel medyczny.

## **§ 18**

Pełnomocnik Dyrektora ds. kontroli wewnętrznej i jakości

- 1) realizuje politykę zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Instytut,
- 2) bada zgodność działań z obowiązującymi przepisami prawa i uregulowaniami wewnętrznymi, inicjuje zmiany oraz aktualizację wewnętrznych aktów prawnych obowiązujących w Instytucie, w tym:
  - a) przygotowuje projekt trybu postępowania kontrolnego i ustalenie procedur kontrolnych,
  - b) ustala sposób dokumentowania wyników kontroli,
  - c) określa tryb wnoszenia i rozpatrywania zastrzeżeń wyników kontroli,
  - d) określa procedury wydawania zaleceń pokontrolnych,
- 3) weryfikuje zgodność i rzetelność prowadzonej działalności statutowej Instytutu w związku z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi, w aspekcie efektywności, gospodarności i skuteczności podejmowanych działań,
- 4) przygotowuje i składa pisemne sprawozdanie w zakresie kontrolowanych obszarów, w szczególności ze wskazaniem realizacji zaleceń pokontrolnych,
- 5) współpracuje przy przygotowaniu i opracowaniu niezbędnych dokumentów na posiedzenia Rady Naukowej,
- 6) sprawdza prawidłowość prowadzenia dokumentacji działalności dydaktycznej, naukowo-badawczej, leczniczej (w tym dokumentacji medycznej), operacji gospodarczych i technicznych,
- 7) współpracuje przy opracowaniu i weryfikacji zmian struktury organizacyjnej Instytutu (dostosowanie do aktualnych celów i zadań), weryfikuje zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności w odniesieniu do kompetencji pracowników, poszczególnych komórek organizacyjnych oraz zakresu podległości pracowników,
- 8) weryfikuje jakość świadczonych usług na każdym szczeblu i we wszystkich obszarach działalności Instytutu,
- 9) przeprowadza audyty i kontrole planowe i nieplanowe w zakresie działalności statutowej Instytutu,
- 10) inne zlecone w zakresie zajmowanego stanowiska.

## **§ 19**

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych. Do zadań Głównego Księgowego należą w szczególności:
  - 1) prawidłowa i zgodna z obowiązującymi przepisami i zasadami organizacji rachunkowości Instytutu, zapewniająca właściwy przebieg operacji gospodarczych i ochronę mienia Instytutu,

- 2) prowadzenie gospodarki finansowej Instytutu i jej analiza, w szczególności przestrzeganie i kontroli dyscypliny finansowej oraz prawidłowości dysponowania środkami pieniężnymi i rozliczania osób odpowiedzialnych materialnie.
  - 3) kontrola wstępna, bieżąca i następną dokumentów finansowo- księgowych Instytutu,
  - 4) sprawozdawczość finansowa, zgodne i rzetelne odzwierciedlenie stanu majątkowego oraz ustalenie wyniku finansowego,
  - 5) okresowe ustalanie oraz sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,
  - 6) nadzór nad prawidłowością rozliczeń podatkowych,
  - 7) opracowywanie planu kont,
  - 8) nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentów,
  - 9) opracowywanie projektów planu finansowego oraz planowanie, gospodarowanie i analiza funduszu płac,
  - 10) kontrola spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników oraz mienia Instytutu,
  - 11) kontrola ksiąg rachunkowych
  - 12) sprawowanie kontroli nad działem finansowo-księgowym,
  - 13) otwarcie i zamknięcie ksiąg za okresy sprawozdawcze,
  - 14) sporządzanie sprawozdań finansowych, statystycznych i innych raportów,
  - 15) współpraca z biegłym rewidentem i wszystkimi służbami dokonującymi audytu, kontroli, badania w zakresie finansowo-księgowym.
2. Głównemu Księgowemu jest bezpośrednio podporządkowany Dział Finansowo-Księgowy.

#### **§ 19a**

Wymienieni od § 13 do § 19 zobowiązani są ponadto do nadzorowania przestrzegania przepisów bhp i ppoż. na wszystkich podległych im stanowiskach oraz zasad postępowania w przypadkach wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń dla ludzi lub mienia.

#### **§ 20**

1. Kierownicy zakładów naukowych, klinik, pracowni w ramach nadzoru nad działalnością podległych pracowników analizują bieżąco przebieg wykonywanych przez nich prac naukowo- badawczych i usługowo-leczniczych, przeprowadzają i udzielają niezbędnych wskazówek dotyczących wyników badań lub leczenia i ich praktycznego wykorzystania.
2. Co najmniej raz w kwartale kierownicy wymienionych komórek organizacyjnych przeprowadzają zebrania zakładowe, kliniczne pracowników dla ustalenia planów pracy na następny okres i skoordynowania przebiegu prac oraz dokonują rozliczenia prac wykonanych w okresie poprzedzającym.
3. Kierownik prowadzi dokumentację prac naukowo-badawczych.

4. Kierownicy komórek organizacyjnych są odpowiedzialni za właściwe wykonywanie powierzonych im zadań zapewniając właściwe warunki ich wykonania a ponadto ponoszą odpowiedzialność za:
- 1) dyscyplinę pracy podległych pracowników i zachowanie przez nich przepisów w zakresie tajemnicy państwowej, służbowej i lekarskiej oraz przepisów bhp. i p.poż.,
  - 2) terminową realizację planowych zadań,
  - 3) jakość realizowanych tematów, leczenia i innych zadań,
  - 4) obiektywną ocenę pracy wykonywanej przez pracowników,
  - 5) zapoznanie podległych pracowników z aktualnym stanem uregulowań normatywnych w zakresie wykonywanych zadań, inicjowanie i wdrażanie postępu technicznego, ekonomicznego i organizacyjnego w zakresie realizowanych zadań,
  - 6) zapewnienie pracownikom właściwych warunków pracy na poszczególnych stanowiskach i właściwą organizację pracy,
  - 7) nadzór nad przestrzeganiem zasad prawidłowości, zgodności, celowości, gospodarności i oszczędności przy wykonywanych zadaniach.

## **ROZDZIAŁ V**

### **Zakres i zadania komórek organizacyjnych**

#### **§ 21**

#### **Pion Dyrektora Instytutu**

##### **1. Dział Kadr i Płac**

- 1) prowadzi sprawy związane z zatrudnieniem, zwalnianiem i awansowaniem pracowników
- 2) opracowuje regulaminy pracy, premiowania, nagradzania oraz zakładowej działalności socjalnej,
- 3) wykonuje czynności związane z naborem, przyjmowaniem i zwalnianiem pracowników a także udzielaniem urlopów, awansów, przeszerogowań, nagradzania i premiowania, nadawania odznaczeń oraz stosowanie środków regulaminowych za naruszenie obowiązków pracowniczych,
- 4) współpracuje z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w załatwianiu formalności związanych z przejściem pracowników na emeryturę lub rentę,
- 5) prowadzi akta osobowe oraz ewidencję zatrudnionych pracowników,
- 6) ewidencjonuje zwolnienia lekarskie, kieruje pracowników na badania lekarskie, wystawia zaświadczenia dotyczące zatrudnienia,
- 7) kompletuje dokumentację do obliczenia ubezpieczeniowego „kapitału początkowego” pracowników i byłych pracowników I.R.,
- 8) organizuje dofinansowanie wypoczynku pracowników oraz członków rodzin ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,

- 9) w ramach zakładowego funduszu socjalnego sporządza plan rzeczowo-finansowy i odpowiada za jego realizację,
- 10) prowadzi sprawy związane z udzielaniem pomocy finansowej pracownikom w formie zapomóg i pożyczek mieszkaniowych,
- 11) sporządza analizy i wykazy dla GUS i Ministerstwa Zdrowia dotyczące problematyki zatrudnienia,
- 12) dokonuje analiz zatrudnienia i płac dla potrzeb Instytutu oraz Ministerstwa Zdrowia,
- 13) współpracuje ze związkami zawodowymi,
- 14) wykonuje obsługę w zakresie płacowym z tytułu w szczególności umów o pracę, umów zlecenia, umów o dzieło:
  - a. prowadzi sprawy związane z naliczeniem wynagrodzeń,
  - b. prowadzi sprawy dotyczące ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
  - c. potrąca i odprowadza podatek dochodowy od osób fizycznych,
  - d. realizuje potrącenia z wynagrodzeń
- 15) sporządza deklaracje ZUS, PIT i przygotowuje informacje do GUS i PFRON,
- 16) w przypadku zlecenia zadań wymienionych w pkt 14) i 15) firmie zewnętrznej, nadzoruje i koordynuje pracę tej firmy w przedmiotowym zakresie,
- 17) współpracuje lub koordynuje współpracę z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczenia osobowego i bezosobowego funduszu płac w ewidencji finansowo-księgowej,
- 18) sprawuje nadzór funkcjonalny nad systemem kadrowo-płacowym.

## **2. Zakład Dydaktyki**

- 1) utrzymuje stały kontakt z uczelniami, z którymi Instytut współpracuje w prowadzeniu zajęć dydaktycznych,
- 2) współpracuje z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w zakresie realizowanych szkoleń,
- 3) pełni nadzór nad organizacją zajęć dydaktycznych realizowanych w Instytucie dla studentów uczelni wyższych,
- 4) organizuje ustne egzaminy specjalizacyjne zgodnie z zakresem działalności statutowej Instytutu,
- 5) koordynuje działania dydaktyczne w zakresie szkolenia przed- i podyplomowego realizowane przez jednostki organizacyjne Instytutu,
- 6) przygotowuje umowy z osobami odbywającymi w Instytucie szkolenie w ramach specjalizacji, staży kierunkowych, praktyk zawodowych i studenckich lub wolontariatu,
- 7) opracowuje zarządzenia Dyrektora Instytutu dotyczące szkoleń organizowanych i realizowanych w Instytucie,
- 8) negocjuje warunki udziału Instytutu w naukowej części szkoleń organizowanych w Instytucie lub pod patronatem Instytutu, merytorycznie przygotowuje umowy o współpracy z organizatorem/sponsorem tych szkoleń.

### **3. Redakcja czasopisma Reumatologia**

- 1) prowadzi sprawy redakcyjne związane z przygotowaniem do wydania i publikowaniem czasopisma Reumatologia przy współpracy z Polskim Towarzystwem Reumatologicznym,
- 2) współpracuje z zakładem wydawniczym w zakresie druku i dystrybucji czasopisma,
- 3) odpowiada za prawidłowy cykl wydawniczy czasopisma i jego dystrybucję.

### **4. Inspektor ds. Obronnych i ds. Ochrony Danych Osobowych**

- 1) prowadzi stałą współpracę z WKU w zakresie spraw wojskowych w oparciu o ustawę z dnia 21 listopada 1967r. o powszechnym obowiązku obrony RP (tj. Dz. U. z 2004 Nr 241 poz. 2416 z późn. zm.),
- 2) prowadzi dokumentację planistyczną oraz szkolenie z zakresu planowania obronnego, obrony cywilnej, powszechnej samoobrony i zarządzania kryzysowego,
- 3) prowadzi magazyn sprzętu i mienia obrony cywilnej,
- 4) współdziała z inspektorem ochrony radiologicznej, inspektorem ds. BHP, inspektorem ds. ppoż. oraz pielęgniarką epidemiologiczną,
- 5) działa w oparciu o ustawę z dnia 05.08.2010 r., Dz. U. z 2010r., Nr 182, poz. 1228, zajmuje się:
  - ochroną informacji niejawnych,
  - ochroną systemów teleinformatycznych,
  - kontrolą ochrony informacji Niejawnych,
  - prowadzeniem szkoleń z zakresu ochrony informacji Niejawnych,
  - prowadzeniem aktualnego wykazu osób, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych,
  - prowadzeniem kancelarii tajnej w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania kancelarii tajnych oraz sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych (Dz. U. Nr 114, poz. 765),
  - współpracuje z Inspektorem Bezpieczeństwa Teleinformatycznego oraz Administratorem Systemu Teleinformatycznego.
- 6) Administrator Bezpieczeństwa Informacji w oparciu o ustawę z dnia 29.08.1997 r., Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, Rozporządzenie MSWiA z 3.06.1998 r.:
  - monitoruje działania przetwarzania danych oraz wdrożonych systemów ochronnych; nadzoruje proces zabezpieczenia systemów ochronnych przed dostępem osób nieupoważnionych;
  - wnioskuje proces zabezpieczenia systemów ochronnych;
  - współpracuje z Administratorem Systemu Teleinformatycznego i z lokalnymi administratorami bezpieczeństwa.



## **5. Inspektor ds. BHP**

- 1) Inspektor ds. BHP wykonuje czynności przewidziane w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 2 września 1997r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. 1997 Nr 109 poz. 704 z późn. zm.),
- 2) Głównym zadaniem służby BHP jest:
  - a. systematyczna kontrola warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników zasad przepisów BHP,
  - b. informowanie Dyrektora Instytutu o stanie BHP,
  - c. przeprowadzanie kontroli realizacji zarządzeń pokontrolnych,
  - d. współpraca ze społecznym Inspektorem Pracy,
  - e. nadzór nad prowadzonymi przez komórki organizacyjne ewidencjami wymaganymi przepisami prawa pracy oraz na zlecenie komórek organizacyjnych Instytutu dokonuje wymaganej prawem rejestracji sprzętu medycznego.

## **6. Kancelaria Instytutu**

- 1) prowadzi, rejestruje i przechowuje papierową i elektroniczną korespondencję bieżącą Instytutu,
- 2) przygotowuje projekty odpowiedzi na pisma kierowane do Dyrektora i Zastępców Dyrektora,
- 3) nadzoruje terminowość załatwiania spraw i terminowość udzielanych odpowiedzi na przychodzącą korespondencję,
- 4) wysyła korespondencję, odbiera oraz rozdziela pomiędzy komórkami organizacyjnymi Instytutu,
- 5) prowadzi obsługę sekretarską poprzez sekretariaty:
  - Dyrektora,
  - Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych,
  - Zastępcy Dyrektora Ekonomiczno-Finansowych i Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych,
  - Kierowników Klinik.

## **7. Pełnomocnik Dyrektora ds. kontroli wewnętrznej i jakości.**

## **8. Rzecznik Prasowy**

- 1) odpowiada za relacje Instytutu z opinią publiczną, w tym mediami,
- 2) przygotowuje materiały prasowe na potrzeby Instytutu
- 3) przygotowuje spotkania, konferencje i prelekcje z udziałem mediów.
- 4) dba o wizerunek Instytutu.
- 5) przygotowuje treści merytoryczne na potrzeby kampanii prasowych, medialnych i strony internetowej Instytutu.

## § 22

### Pion Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

#### 1. Sekretariat Naukowy

- 1) zajmuje się obsługą administracyjną Rady Naukowej oraz Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych,
- 2) prowadzi dokumentację osobową dotyczącą stopni naukowych doktora i doktora habilitowanego oraz tytułu naukowego profesora,
- 3) przygotowuje wnioski o dofinansowanie działalności statutowej Instytutu.
- 4) przygotowuje „Ankiety dorobku naukowego” Instytutu,
- 5) sporządza plan badań naukowych prowadzonych w ramach działalności statutowej oraz w trybie umownym,
- 6) zbiera dokumentację dotyczącą dorobku naukowego poszczególnych jednostek Instytutu,
- 7) prowadzi sprawy związane ze współpracą naukową krajową i zagraniczną,
- 8) przygotowuje sprawozdania, raporty, zestawienia, dotyczące działalności naukowej Instytutu oraz Rady Naukowej.

#### 2. Zakład Patofizjologii i Immunologii

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie immunopatofizjologii chorób reumatycznych,
- 2) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed i podyplomowego. Współpracuje w pracach badawczych z klinikami Instytutu i placówkami badawczymi spoza Instytutu.  
W zakładzie wyodrębniona jest Pracownia Izotopowa III klasy,

#### 3. Zakład Patomorfologii

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie zmian patomorfologicznych w obrębie narządu ruchu i innych narządach w przebiegu chorób reumatycznych i innych, związanych z przedmiotem działania Instytutu,
- 2) prowadzi badania w zakresie diagnostyki patomorfologicznej dotyczącej chorób reumatycznych oraz konsultacje spoza Instytutu.

#### 4. Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie patobiochemii tkanki łącznej,
- 2) prowadzi badania genetyczne związane z przewlekłymi chorobami reumatycznymi,
- 3) prowadzi badania metodyczne nad wypracowaniem technik umożliwiających ich zastosowanie przy regeneracji chrząstki stawowej,
- 4) współpracuje w zakresie prac naukowych z klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi spoza Instytutu,

- 5) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia podyplomowego,
- 6) w zakładzie znajdują się:
  - a. Pracownia Biochemii Zapalenia,
  - b. Pracownia Genetyczna,
  - c. Pracownia Regeneracji Chrząstki Stawowej.

W zakładzie odbywają staże przeddyplomowe oraz wykonują prace magisterskie studenci niektórych uczelni warszawskich.

## **5. Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego**

- 1) prowadzi badania naukowe w zakresie procesów starzenia się i zdrowia publicznego związanego z profilem naukowo-badawczym Instytutu, w tym także:
  - a. analizuje zjawiska starzenia się człowieka i jego konsekwencji medycznych i społecznych
  - b. prowadzi badania naukowe, epidemiologiczne, socjologiczne i statystyczne, współpracuje w tym zakresie z ośrodkami badawczymi w kraju i za granicą,
  - c. opracowuje projekty działalności ochrony zdrowia w zakresie zwalczania chorób zgodnych z profilem Instytutu w oparciu o dane statystyczne i wyniki badań naukowych,
  - d. opracowuje ekspertyzy z zakresu zgodnego z profilem Instytutu do wykorzystania przez Dyrektora, Radę Naukową i Ministerstwo Zdrowia,
  - e. przygotowuje propozycje programów zdrowotnych oraz wdrażaniem i realizacją programów skierowanych do osób starszych,
  - f. opracowuje strategie zapobiegania, diagnostyki i leczenia chorób wieku starszego,
  - g. opracowuje program edukacji zdrowotnej dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności osób starszych,
  - h. przekazuje osiągnięcia naukowe z gerontologii i zdrowia publicznego w formie wniosków wdrożeniowych do zastosowania w praktyce,
- 2) współpracuje z Zakładem Dydaktyki w zakresie organizacji szkoleń podyplomowych, doskonalących i specjalizacyjnych z zakresu gerontologii i zdrowia publicznego.

## **6. Biblioteka Naukowa**

Prowadzi działalność biblioteczną i informacyjną w oparciu o wydawnictwa krajowe i zagraniczne oraz bazy elektroniczne.

- 1) zakres działalności bibliotecznej:
  - a) gromadzenie zbiorów w formie zakupów, darów i wymiany międzybibliotecznej oraz rejestrację książek, czasopism, prac naukowych,
  - b) opracowanie formalne i rzeczowe zbiorów,
  - c) udostępnianie zbiorów pracownikom Instytutu oraz innych ośrodków badawczych i akademickich.

2) zakres działalności informacyjnej:

- d) prowadzenie informacji naukowej w formie opracowań tematycznych i bibliograficznych na potrzeby czytelników bezpośrednich,
- e) współpraca międzybiblioteczna z bibliotekami naukowymi krajowych ośrodków naukowo – badawczych i uczelni medycznych.

Wydaje zaświadczenia o punktacjach dorobku naukowego dla osób aplikujących do stopni i tytułów naukowych.

## § 23

### Pion Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych

#### 1. Klinika i Poliklinika Reumatologii Wieku Rozwojowego

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie chorób reumatycznych wieku rozwojowego,
- 2) prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i konsultacyjną chorób reumatycznych wieku rozwojowego obejmującą cały kraj,
- 3) w ramach działalności Polikliniki prowadzi opiekę poszpitalną dzieci hospitalizowanych w Klinice,
- 4) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed- i podyplomowego,
- 5) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,
- 6) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 7) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 8) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyzy i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 9) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego.

#### 2. Klinika i Poliklinika Reumatologii z Pododdziałem Geriatrii

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie chorób reumatycznych ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych zapaleń stawów i innych układowych chorób tkanki łącznej, w ramach Pododdziału Geriatrii prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie chorób występujących u osób starszych,
- 2) prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i konsultacyjną,
- 3) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed i podyplomowego,
- 4) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,

- 5) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 6) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 7) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyz i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 8) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego.

### **3. Klinika i Poliklinika Układowych Chorób Tkanki Łącznej**

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie chorób tkanki łącznej,
- 2) prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą chorób reumatycznych, ze szczególnym uwzględnieniem układowych chorób tkanki łącznej (tocznia rumieniowatego układowego twardziny układowej zapalenia wielo- i skórno mięśniowego, układowych zapaleń naczyń, zespołu Sjögrena, zespołu antyfosfolipidowego) oraz innych przewlekłych zapalnych chorób układu ruchu,
- 3) zajmuje się leczeniem chorych na układową chorobę tkanki łącznej, w tym także w okresie ciąży,
- 4) sprawuje opiekę lekarską nad chorymi zakwalifikowanymi do leczenia biologicznego w ramach programów terapeutycznych oraz dystrybucja leków biologicznych,
- 5) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed i podyplomowego,
- 6) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,
- 7) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 8) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 9) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyz i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 10) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego.

### **4. Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów**

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą, diagnostyczną, działalność leczniczą, konsultacyjną wraz z opieką pozaszpitalną chorych o nieustalonym rozpoznaniu, u których czas trwania choroby wynosi do 2 lat,
- 2) prowadzi przyjęcia do Kliniki chorych z Izby Przyjęć w trybie szybkim,
- 3) prowadzi leczenie osteoporozy w chorobach narządu ruchu,
- 4) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,

- 5) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 6) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 7) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyzy i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 8) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego.

#### **5. Klinika i Poliklinika Reumoortopedii**

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie reumoortopedii chorych dorosłych oraz wieku rozwojowego,
- 2) prowadzi działalność diagnostyczną zabiegowo–lecniczą i rehabilitacyjną w zakresie ortopedii i reumoortopedii oraz intensywny nadzór pooperacyjny, także na potrzeby Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii,
- 3) prowadzi opiekę poszpitalną chorych,
- 4) prowadzi działalność konsultacyjną w zakresie reumoortopedii dla Klinik Instytutu i innych ośrodków,
- 5) organizuje i bierze udział w szkoleniach przed i podyplomowych,
- 6) bierze udział we współpracy naukowo–badawczej z zewnętrznymi jednostkami naukowo–badawczymi.
- 7) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,
- 8) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 9) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 10) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyzy i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 11) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego.

#### **6. Klinika i Poliklinika Neuroortopedii i Neurologii**

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą i szkoleniową w zakresie neuroortopedii i neurologii,
- 2) prowadzi działalność diagnostyczną, zabiegowo–lecniczą i rehabilitacyjną w zakresie chorób kręgosłupa,
- 3) prowadzi działalność konsultacyjną w zakresie neurologii i neurochirurgii dla potrzeb klinik Instytutu,

- 4) w ramach Pracowni Neurofizjologii Klinicznej diagnozuje zespoły przebiegające z uszkodzeniami nerwów obwodowych dla potrzeb Kliniki oraz diagnozowanie powikłań układowych chorób tkanki łącznej dla innych klinik Instytutu,
- 5) wykonuje diagnostykę pacjentów w ramach Pracowni EMG,
- 6) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,
- 7) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 8) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 9) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyz i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 10) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego.

## **7. Klinika Rehabilitacji**

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie rehabilitacji chorych na przewlekłe postacię chorób reumatycznych,
- 2) współpracuje w zakresie prac naukowych z Klinikami i Zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi spoza Instytutu,
- 3) prowadzi działalność rehabilitacyjną dla chorych hospitalizowanych w Instytucie,
- 4) prowadzi działalność konsultacyjną dla Klinik Instytutu,
- 5) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed- i podyplomowego we wszelkiego typu dydaktyce wynikającej z zobowiązań Instytutu,
- 6) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,
- 7) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 8) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 9) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyz i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 10) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego,
- 11) w komórce organizacyjnej wyodrębnia się „Klinika Rehabilitacji – oddział dzienny”.

## **8. Klinika i Poliklinika Geriatrii**

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie chorób występujących u osób starszych, w tym w zakresie złożonych problemów medycznych, tzw. wielochorobowości,

- 2) prowadzi działalność naukowo-badawczą dotyczącą profilaktyki chorób wieku podeszłego,
- 3) prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i konsultacyjną w zakresie chorób wieku podeszłego,
- 4) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed- i podyplomowego,
- 5) współpracuje w zakresie prac naukowych z Klinikami i Zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi spoza Instytutu,
- 6) opracowuje standardy medyczne i wytyczne w zakresie działalności kliniki,
- 7) opracowuje, analizuje, ocenia i wdraża nowe technologie medyczne oraz metody leczenia, w tym nowe procedury medyczne, a także opracowuje i upowszechnia metody oceny technologii medycznych,
- 8) upowszechnia wyniki prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej,
- 9) świadczy usługi badawcze oraz opracowuje ekspertyzy i opinie w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- 10) współdziała w pracach nadzoru specjalistycznego,

#### **9. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej**

- 1) obsługuje Blok Operacyjny,
- 2) wykonuje znieczulenia do operacji planowych i ostrych,
- 3) leczy ostry ból,
- 4) sprawuje opiekę i leczy pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym,
- 5) leczy pacjentów w stanie zagrożenia życia pacjentów po rozległych zabiegach pooperacyjnych,
- 6) leczy chorych we wstrząsie, z niewydolnością krążeniowo-oddechową,
- 7) leczy ból przewlekły w Poradni Leczenia Bólu.

#### **10. Centralne Laboratorium Kliniczne**

- 1) uczestniczy w działalności naukowej w ramach własnych prac statutowych, współpracuje w zakresie działalności naukowej z innymi klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi zewnętrznymi,
- 2) prowadzi działalność usługową w zakresie diagnostyki laboratoryjnej na potrzeby klinik i poliklinik Instytutu, a ponadto wykonuje badania u pacjentów indywidualnych oraz na potrzeby innych placówek (odpłatnie),
- 3) prowadzi diagnostykę laboratoryjną w następujących obszarach badawczych: biochemia kliniczna (z endokrynologią, wirusologią, immunologią) hematologia, koagulologia, analityka, serologia grup krwi, mikrobiologia i serologia chorób reumatycznych,



- 4) prowadzi działalność usługowo-badawczą dla potrzeb klinik Instytutu oraz podmiotów spoza Instytutu (odpłatnie) w zakresie określenia parametrów reaktywności immunologicznej typu komórkowego i antygenów zgodności tkankowej,
- 5) prowadzi prace badawcze dotyczące mikrobiologii i serologii chorób reumatycznych,
- 6) wykonuje badania diagnostyczne mikrobiologiczne i serologii chorób reumatycznych, opracowuje nowe metody badań,
- 7) wykonuje badania diagnostyczne mikrobiologiczne i serologiczne dla chorych z Instytutu oraz odpłatnie dla osób nieubezpieczonych i podmiotów leczniczych (odpłatnie) obejmujące: serologię chorób reumatycznych, badania bakteriologiczne wszelkiego materiału biologicznego, serologię bakteriologiczną ukierunkowaną na diagnostykę czynników etiologicznych chorób reumatycznych oraz reaktywnego zapalenia stawów,
- 8) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia podyplomowego oraz wykonuje zadania dydaktyczne wynikające z zobowiązań Instytutu,
- 9) wykonuje badania dla pracowników Instytutu oraz kandydatów do pracy w Instytucie,
- 10) uczestniczy w sprawdzianach badań o zasięgu krajowym i międzynarodowym,
- 11) w zakładzie funkcjonują:
  - a) Pracownia Analityki Klinicznej,
  - b) Pracownia Białek Specyficznych,
  - c) Pracownia Biochemii i Markerów Wirusowych,
  - d) Pracownia Hematologiczna,
  - e) Pracownia Immunologii i Koagulologii,
  - f) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
  - g) Pracownia Bakteriologii,
  - h) Pracownia Serologii Autoprzeciwciał,
  - i) Pracownia Immunochemii,
  - j) Pracownia Zgodności Tkankowej.

## **11. Zakład Radiologii**

- 1) współpracuje w zakresie działalności naukowo-badawczej klinik Instytutu w przedmiocie zagadnień radiologicznych,
- 2) wykonuje diagnostyczne badania radiologiczne, ultrasonograficzne i rezonansu magnetycznego u pacjentów hospitalizowanych, chorych kierowanych z Poradni Instytutu, oraz Poradni zewnętrznych mających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3) wykonuje badania na podstawie innych umów zawartych przez Instytut oraz dodatkowych skierowań,
- 4) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia podyplomowego,

w Zakładzie funkcjonują pracownie: Radiologiczna, Ultrasonograficzna, Rezonansu Magnetycznego, Densytometrii oraz Rejestracja.

## **12. Apteka**

- 1) opracowuje projekt i odpowiada za zaopatrzenie Instytutu w leki i artykuły sanitarne oraz materiały opatrunkowe,
- 2) uczestniczy w pracach zespołu powołanego przez Dyrektora Instytutu do opracowania receptariusza szpitalnego i systematycznej jego aktualizacji,
- 3) wykonuje czynności związane z zakupem wymienionych w pkt. 1 przedmiotów a w szczególności opracowuje zamówienia, dokonuje odbioru ilościowego i jakościowego,
- 4) gospodaruje wymienionymi w pkt. 1 przedmiotami i przechowuje je,
- 5) kontroluje jakość i tożsamość leków zarówno nabywanych jak i wydawanych na oddziały,
- 6) ewidencjonuje, przyjmuje, przechowuje i wydaje „Leki do badań”, „Programów Lekowych” oraz „Terapii niestandardowych”,
- 7) prowadzi zestawienia miesięczne leków zakupionych i wydanych w formie raportów miesięcznych.

## **13. Dział Statystyki Medycznej, Analiz i Rozliczeń**

- 1) współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rozliczenia zawartych umów,
- 2) ewidencjonuje ruch chorych przy pomocy szpitalnego programu informatycznego,
- 3) sporządza sprawozdania statystyczne dotyczące wykorzystania łóżek i ruchu chorych,
- 4) prowadzi ewidencję świadczeń medycznych z zakresu leczenia szpitalnego, terapeutycznych programów zdrowotnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej,
- 5) przygotowuje oferty z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

## **14. Archiwum Kliniczne**

Przechowuje dokumentację chorych wypisanych z Instytutu w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami oraz w określonych przez te przepisy terminach.

## **15. Zespół Poradni**

- 1) udziela świadczeń ambulatoryjnych w zakresie reumatologii dla dorosłych i dzieci, ortopedii, leczenia bólu, geriatry,
- 2) rejestruje pacjentów do poradni specjalistycznych,
- 3) zakłada dokumentację medyczną pacjentów ambulatoryjnych,
- 4) sprawdza uprawnienia pacjentów do świadczeń,
- 5) udziela informacji o godzinach przyjęć,

- 6) przygotowuje gabinety lekarskie do przyjęć pacjentów poprzez uzupełnienie obowiązujących druków, pieczętek, datowników,
- 7) porządkuje i przechowuje bieżącą dokumentację medyczną pacjentów ambulatoryjnych,
- 8) prowadzi ewidencje przyjmowanych pacjentów, w tym kolejki oczekujących, w formie rejestru zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 9) współpracuje z Działem Statystyki Medycznej, Analiz i Rozliczeń, Ośrodkiem Terapii Biologicznej i Kliniką i Polikliniką Reumatologii Wieku Rozwojowego w zakresie programów lekowych oraz Archiwum Klinicznym,  
w ramach Zespołu Poradni funkcjonują w szczególności: Poradnia Reumatologiczna, Poradnia Reumatologiczna dla Dzieci, Poradnia Ortopedyczna, Poradnia Osteoporozy, Poradnia Leczenia Bólu, Poradnia Geriatryczna, Poradnia Rehabilitacyjna, Poradnia Rehabilitacji Narządu Ruchu dla Dzieci, Poradnia Okulistyczna, Poradnia Psychologiczna oraz Rejestracja.

#### **16. Blok Operacyjny**

- 1) prowadzi leczenie operacyjne pacjentów hospitalizowanych w Instytucie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- 2) wprowadza nowe metody operacyjne,
- 3) sporządza i realizuje plany zabiegów operacyjnych,
- 4) koordynuje prace zespołów operacyjnych,
- 5) dba o należyte przygotowanie i zaopatrzenie sali operacyjnej w sprzęt i leki, materiały operacyjne oraz należyłą konserwację sprzętu,
- 6) myje i dezynfekuje właściwe narzędzia w celu wyjałowienia,
- 7) przygotowuje, opracowuje i pakuje oraz sterylizuje materiał zgodnie z opracowanymi instrukcjami,
- 8) prowadzi stałą kontrolę bakteriologiczną materiałów poddawanych procesom sterylizacji,
- 9) prowadzi odpowiednią dokumentację związaną z przyjmowaniem, myciem, dezynfekcją i sterylizacją materiału.

#### **17. Izba Przyjęć**

- 1) przyjmuje pacjentów zapisanych do hospitalizacji w Instytucie,
- 2) dokonuje wstępnego badania przyjmowanych pacjentów,
- 3) zakłada dokumentacji medycznej,
- 4) kieruje do Klinik i Oddziałów Instytutu.

#### **18. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta**

- 1) rozpatruje skargi pacjentów, w tym skargi pisemne,
- 2) prowadzi ewidencję skarg i wniosków,

- 3) sporządza roczne sprawozdania ze złożonych skarg i wniosków,
- 4) zgłasza Dyrektorowi Instytutu stwierdzone uchybienia w zakresie organizacji Instytutu,
- 5) przekazuje zgłoszone przez pacjentów uwagi i wnioski właściwym komórkom organizacyjnym Instytutu,
- 6) kontroluje właściwy dostęp pacjentów Instytutu do Karty Praw Pacjenta,
- 7) przygotowuje informacje dla pacjentów na stronę internetową Instytutu,
- 8) współpracuje z Rzecznikiem Praw Pacjenta i Sekcją Skarg i Wniosków Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- 9) przedstawia raz do roku sprawozdanie ze swojej działalności w formie pisemnej Dyrektorowi Instytutu,
- 10) przeprowadza okresową analizę ankiety satysfakcji pacjenta i przedstawia jej wyniki Dyrektorowi Instytutu.

#### **19. Konsultanci medyczni**

- 1) udzielają konsultacji pacjentom Instytutu,
- 2) udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy pracownikom Instytutu.

#### **20. Ośrodek Terapii Biologicznej**

- 1) prowadzi leczenie biologiczne i monitorowanie działań niepożądanych,
- 2) monitoruje leczenie biologiczne w Centralnym Systemie Monitorowania Programów Terapeutycznych NFZ,
- 3) nadzór merytoryczny nad Ośrodkiem Terapii Biologicznej sprawuje Kierownik Kliniki i Polikliniki Układowych Chorób Tkanki Łącznej.

### **§ 24**

#### **Pion Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych**

##### **1. Dział Administracji**

- 1) administruje budynkami oraz terenem należącym do Instytutu (w tym Zespołem Obiektów Konstancin-Jeziorna): sprzątanie terenu, zabezpieczenie p.poż budynków, ochrona obiektu, wynajem powierzchni, prowadzi depozyt odzieży dla pacjentów,
- 2) organizuje transport samochodowy oraz wewnętrzny,
- 3) składa sprawozdania z działalności dla potrzeb instytucji uprawnionych do żądania tego typu dokumentów,
- 4) koordynuje współpracę z firmami zewnętrznymi w zakresie wynajmu powierzchni oraz świadczenia usług dla Instytutu,
- 5) prowadzi bazy danych oraz system przepustek uprawniających do wjazdu na teren Instytutu,
- 6) zapewnia stałą łączność telefonii stacjonarnej i komórkowej,

- 7) prowadzi okresowe brakowanie i kasację sprzętu i materiałów nie nadających się do dalszego użytku,
- 8) ewidencjonuje i przechowuje w okresie ustalonym obowiązującymi przepisami dokumenty wymagające okresowej archiwizacji,
- 9) administruje budynkiem mieszkalnym Instytutu oraz hotelowym pracowniczym, ustala i pobiera opłaty, ustala obciążenia dla najemców,
- 10) koordynuje prace w zakresie zaopatrzenia materiałowego dla komórek organizacyjnych i uczestniczy w przygotowaniu przetargów,
- 11) prowadzi rejestr w systemie informatycznym asortymentu oraz ilości i wartości dokonanych zakupów towarów i usług o wartości nie przekraczającej kwoty określonej w art. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych,

W Dziale Administracji wyodrębnia się Sekcję Zaopatrzenia.

## **2. Dział Zamówień Publicznych i Umów**

- 1) przygotowuje i współprowadzi procedury wg trybów określonych ustawą Prawo zamówień publicznych,
- 2) nadzoruje proces zawierania umów i prawidłowość ich realizacji,
- 3) przygotowuje plan terminów realizacji procedur oraz planu zamówień publicznych w oparciu o dane otrzymane z pozostałych jednostek organizacyjnych Instytutu, współdziała w konstruowaniu planu finansowego w zadanej perspektywie,
- 4) zachowuje sprawność gromadzenia, przetwarzania, dystrybucji oraz prawidłowości i sprawdzalności informacji powstałych w związku z procesem realizacji zadań; definiuje zakłócenia w przebiegu realizowanych procedur oraz współdziała w ich eliminacji,
- 5) nadzoruje sprawność i terminowość przeprowadzania postępowań przetargowych,
- 6) nadzoruje właściwe dokumentowanie przebiegu realizowanych procedur,
- 7) monitoruje warunki umów i dostaw ich realizacji.

## **3. Sekcja Organizacyjno-Prawna**

- 1) przygotowuje zmiany głównych dokumentów Instytutu: Statutu, Regulaminu Organizacyjnego, Regulaminu Wynagradzania itp.,
- 2) przygotowuje zarządzenia Dyrektora Instytutu na podstawie stanowisk merytorycznych właściwych komórek organizacyjnych,
- 3) przygotowuje instrukcje, regulaminy na podstawie stanowisk merytorycznych właściwych komórek organizacyjnych,
- 4) przekazuje zarządzenia Dyrektora właściwym komórkom organizacyjnym i umieszcza na stronie internetowej Instytutu,

- 5) zgłasza zmiany danych w KRS i rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego,
- 6) wykonuje we współpracy z właściwą komórką i wydaje identyfikatory dla pracowników Instytutu,
- 7) sporządza roczne sprawozdanie z działalności Instytutu,
- 8) prowadzi sprawy ubezpieczeniowe Instytutu: współpracuje z firmą brokerską, w szczególności zgłasza szkody, akceptuje SIWZ do przetargów, przechowuje dokumentację,
- 9) aktualizuje książkę telefoniczną Instytutu,
- 10) przeprowadza konkursy ofert na zawieranie umów na świadczenia zdrowotne i prowadzi ewidencję osób zatrudnionych na kontraktach,
- 11) uzgadnia, zawiera, przedłuża umowy na świadczenia zdrowotne.
- 12) przeprowadza konkursy na stanowiska naukowe.

#### **4. Sekcja eksploatacji i aparatury medycznej**

- 1) nadzoruje i koordynuje firmę zewnętrzną w zakresie eksploatacji budynków, budowli, urządzeń i instalacji elektrycznych, sanitarnych, wentylacyjnych i klimatyzacyjnych oraz sieci gazowych,
- 2) nadzoruje prowadzenie dokumentacji technicznej dla wszystkich obiektów budowlanych,
- 3) nadzoruje i koordynuje firmę zewnętrzną w zakresie informatycznym i teletechnicznym,
- 4) uruchamia nowy sprzęt i nową aparaturę medyczną przy współudziale serwisu zewnętrznego po ich zagospodarowaniu przez użytkownika w Instytucie,
- 5) dokonuje przeglądów i konserwacji bieżących, sprzętu i aparatury medycznej wynikających z uwarunkowań technicznych wymaganych przez producentów, mające na celu zagwarantowanie ciągłości pracy,
- 6) dokonuje oceny zakresu uszkodzeń sprzętu i aparatury medycznej skierowanych do naprawy zewnętrznej, wzywa serwis do naprawy na miejscu lub do podjęcia innych działań,
- 7) ewidencjonuje potrzeby, zamawia części zamienne oraz wybrane materiały eksploatacyjne,
- 8) współpracuje z autoryzowanymi serwisami specjalistycznymi w celu utrzymania sprawności i ciągłości pracy sprzętu i aparatury medycznej.

#### **5. Inspektor p.poż.**

- 1) prowadzi całokształt zagadnień związanych z ustaleniami, realizacją i oceną programów działania w zakresie poprawy stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w Instytucie,
- 2) inicjuje i opracowuje projekty przepisów w zakresie bezpieczeństwa oraz instrukcje wykonawcze dla komórek organizacyjnych Instytutu w tym zakresie,
- 3) opracowuje programy i plany szkolenia w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego i nadzoruje przestrzeganie przepisów przeciwpożarowych,

- 4) prowadzi szkolenia pracowników z zakresu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w zakresie oraz terminach przewidzianych przepisami prawa.

## § 25

### **Pion Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych**

#### **1. Dział Finansowo - Księgowy**

- 1) kompletuje i sprawdza pod względem formalnym dokumentację źródłową,
- 2) przyjmuje i likwiduje faktury i inne dowody finansowe,
- 3) załatwia rozliczenia pieniężne z kontrahentami,
- 4) prowadzi urządzenia księgowe: syntetyczne i analityczne,
- 5) prowadzi kasę Instytutu,
- 6) prowadzi rejestry: kasy, banku, sprzedaży, usług, zakupu i inne,
- 7) sporządza miesięczne, kwartalne i roczne sprawozdania,
- 8) prowadzi dokumentację oraz rozliczenia podatku od towarów i usług, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nadzoruje całokształt prac z zakresu rachunkowości, wykonanych przez inne komórki organizacyjne Instytutu,
- 9) ewidencjonuje mienie będące w posiadaniu Instytutu.

#### **2. Dział Kosztów i Analiz**

- 1) rozlicza koszty według ustalonych procedur ich powstania,
- 2) rozlicza koszty według ustalonych procedur zgodnie z miejscem ich rozliczenia,
- 3) sporządza jednostkowe i zbiorcze, miesięczne sprawozdania o kosztach, przychodach i wyniku poszczególnych klinik i komórek pomocniczych tworzących miejsca powstawania kosztów,
- 4) prowadzi bieżącą analizę i weryfikację kosztów według miejsca ich powstania,
- 5) prowadzi bieżącą analizę i weryfikację kosztów wg. rodzajów: amortyzacja, materiały, wynagrodzenia z narzutami, usługi i inne,
- 6) prowadzi bieżącą analizę i weryfikację kosztów wg kalkulacyjnego: bezpośrednie, pośrednie, ogólnego zarządu,
- 7) prowadzi bieżącą analizę i weryfikację sprzedaży i kosztów sprzedaży wg kierunków działalności, źródeł finansowania,
- 8) sporządza miesięczne i okresowe informacje dla kierownictwa Instytutu,
- 9) sporządza doraźne analizy wykonania kosztów, przychodów o dochodów,
- 10) prowadzi prace związane z zamknięciem informatycznym ksiąg roku ubiegłego i otwarciem ksiąg roku następnego,
- 11) prowadzi bieżącą i okresową korektę kont oraz scenariuszy rozliczania kosztów,
- 12) sporządza zestawienia do sprawozdania finansowego,

13) przygotowuje plan wdrożenia liczenia procedur medycznych.

## **ROZDZIAŁ IX**

### **Zasady współpracy i inne postanowienia regulaminu**

#### **§ 26**

Wszystkie komórki organizacyjne Instytutu obowiązują do ścisłej współpracy świadczenia wzajemnych usług w ramach zadań służbowych, udostępniania sprzętu, aparatury, urządzeń oraz ścisła łączność informatyczna i dokumentacyjna.

#### **§ 27**

1. W zakresie obiegu dokumentów w Instytucie obowiązują przepisy zawarte w instrukcji dot. tego obiegu, zaś w zakresie innych dziedzin gospodarki - obowiązują instrukcje szczegółowe wprowadzone zarządzeniami Dyrektora Instytutu.
2. W zakresie zapewnienia porządku wewnętrznego w Instytucie wszystkich pracowników obowiązują przepisy obowiązującego regulaminu pracy, określającego również szczegółowe zasady dotyczące praw i obowiązków pracowników Instytutu.

#### **§ 28**

Podsumowanie wyników i ocena pracy pracownika dokonywana jest przez kierownika komórki organizacyjnej, któremu pracownik bezpośrednio podlega.

#### **§ 29**

1. Wszelkiego rodzaju dokumenty (pisma) o podstawowym znaczeniu podpisuje jednoosobowo Dyrektor Instytutu lub Zastępca wskazany przez Dyrektora, na podstawie posiadanego pełnomocnictwa, pod swoją pieczęcią. Należą do tej grupy dokumenty (pisma):
  - 1) zarządzenia, polecenia służbowe, pisma ogólne i komunikaty,
  - 2) wszelkie pisma i inne dokumenty dotyczące planów perspektywicznych wieloletnich, rocznych, kwartalnych i miesięcznych Instytutu oraz sprawozdania,
  - 3) dokumenty dotyczące spraw osobowych (pisma angażujące, zwalniające przeszerogowujące, przesuwające służbowo pracownika, sankcje służbowych zastosowań w stosunku do pracownika, opinii o nim itp.),
  - 4) dokumenty dotyczące struktury organizacyjnej Instytutu,
  - 5) pisma adresowane do organu nadzorującego, jednostek administracji publicznej,
  - 6) pisma dotyczące wyjazdów za granicę i zaproszenia z zagranicy pracowników naukowych i innych,
  - 7) zakupów z pokrycia dewizowego,
  - 8) zatwierdzenia harmonogramów i kosztorysów prac naukowych,
  - 9) przyznawania premii i nagród,



- 10) przydziału pomieszczeń w gmachu Instytutu,
  - 11) pisma mające charakter poufny i zastrzeżony oraz dotyczące spraw obronnych,
  - 12) inne pisma, sprawozdania, informacje zastrzeżone przez Dyrektora Instytutu do jego podpisu.
2. Pisma zastrzeżone do podpisu przez Dyrektora powinny być przed przedłożeniem ich do podpisu parafowane na ostatniej kopii przez przedmiotowo właściwego Zastępcę Dyrektora lub kierownika komórki organizacyjnej podległej bezpośrednio Dyrektorowi Instytutu.
  3. Kierownicy pionów organizacyjnych (Zastępcy Dyrektora) podpisują korespondencję pod swoimi pieczętkami w zakresie uprawnień i kompetencji udzielonych im przez Dyrektora z zastrzeżeniem przepisów zawartych w ustępie 1.
  4. Do skuteczności czynności prawnych obejmujących rozporządzanie mieniem oraz zaciąganie zobowiązań w imieniu Instytutu upoważniony jest Dyrektor Instytutu samodzielnie oraz osoby wymienione w ust. 5, na zasadach tam określonych.
  5. Do skuteczności czynności prawnych wymienionych w ust. 4, których wartość netto (bez podatku VAT):
    - 1) nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 7 000 EURO wyrażoną w PLN, (wyliczoną zgodnie z zasadami ustalonymi w Prawie zamówień publicznych dla ustalania wartości zamówienia) – upoważnieni są Zastępcy Dyrektora posiadający stosowne pełnomocnictwo samodzielnie;
    - 2) przekracza kwotę stanowiącą równowartość 7 000 EURO wyrażoną w PLN, (wyliczoną zgodnie z zasadami ustalonymi w Prawie zamówień publicznych dla ustalania wartości zamówienia) – wymagane jest współdziałanie dwóch osób łącznie:
      - 1) dwóch Zastępców Dyrektora, z których jeden posiada stosowne pełnomocnictwo;
      - 2) Zastępcy Dyrektora posiadającego stosowne pełnomocnictwo i Głównego Księgowego.
  6. Uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych oraz Głównego Księgowego do podpisywania określonych dokumentów ustalają odrębne przepisy.
  7. Umowy powodujące skutki finansowe (z wyjątkiem umów o pracę) przed ich podpisaniem przez osoby uprawnione, wymagają parafowania przez właściwego Zastępcę Dyrektora Instytutu oraz radcę prawnego Instytutu. Zastępca Dyrektora może nałożyć na kierownika i referenta sprawy obowiązek parafowania umowy kierowanej do Dyrektora Instytutu.
  8. Wszelkie pisma, nie wymienione wyżej powinny być także parafowane przez kierownika właściwej komórki organizacyjnej oraz przez bezpośredniego referenta załatwianej sprawy.

### **§ 30**

1. Zezwolenie na udostępnienie danych liczbowych, informacji statystycznych i innych materiałów na zewnątrz Instytutu udziela wyłącznie Dyrektor Instytutu, a w razie jego nieobecności Zastępca ds. Naukowych lub Zastępca Dyrektora, każdy w zakresie swoich kompetencji w organizacyjnym i w trybie określonym w prawie prasowym.
2. Udostępnianie informacji o charakterze zastrzeżonym lub poufnym może nastąpić tylko na piśmie za zgodą Dyrektora Instytutu.

3. Wszystkie pisma wychodzące z Instytutu powinny być oznaczone symbolem komórki organizacyjnej podanym w załączniku nr 2 do niniejszego regulaminu oraz numerem akt zarejestrowanymi w Kancelarii Instytutu.

## **ROZDZIAŁ X Podmiot leczniczy**

### **§ 31**

#### **Firma i przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego**

1. W rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie ze Statutem zatwierdzonym w dniu 31 marca 2011 r. przez Ministra Zdrowia, Instytut działa pod firmą: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher.
2. Instytut jest instytutem badawczym, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000066382 oraz w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego pod nr 000000018585.
3. Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia wykonując zadania w ramach:
  - 1) przedsiębiorstwa Zespół Klinik Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie w zakresie stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ;
  - 2) przedsiębiorstwa Zespół Poradni Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego

### **§ 32**

#### **Cele i zadania Instytutu w zakresie działalności leczniczej**

1. W zakresie działalności leczniczej celem działalności Instytutu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
2. Do podstawowych zadań Instytutu w zakresie działalności leczniczej należy:
  - 1) uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia poprzez prowadzenie działalności diagnostycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej w formie świadczeń klinicznych i ambulatoryjnych oraz świadczeń z zakresu opieki długoterminowej i konsultacji,
  - 2) realizowanie zadań obronnych na potrzeby obronne państwa,
  - 3) realizowanie innych zadań określonych w przepisach odrębnych.
3. Udzielanie przez Instytut świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych lub innych środków niż publiczne, odbywa się na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych z podmiotami finansującymi ich udzielanie.
4. Zakres prowadzonej przez Instytut działalności gospodarczej określa Statut.

### § 33

#### **Rodzaje działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń oraz miejsca ich udzielania**

1. Rodzajami działalności leczniczej prowadzonej przez Instytut są :
  - a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, obejmujące kompleksowe świadczenia zdrowotne w zakresie geriatrici, reumatologii, ortopedii, rehabilitacji i innych dziedzin pokrewnych, a także świadczenia w zakresie rehabilitacji w trybie dziennego pobytu,
  - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, obejmujące świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie geriatrici, reumatologii, ortopedii i innych dziedzin pokrewnych.
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne są udzielane w zakresie następujących dziedzin medycyny przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie:
  - 1) reumatologii,
  - 2) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
  - 3) neurochirurgii,
  - 4) rehabilitacji medycznej,
  - 5) neurologii,
  - 6) geriatrici,
  - 7) anestezjologii i intensywnej terapii,
  - 8) diagnostyki laboratoryjnej,
  - 9) radiologii i diagnostyki obrazowej,
  - 10) rehabilitacji medycznej,
  - 11) patomorfologii,
  - 12) innych dziedzin medycyny niezbędnych do diagnostyki i leczenia.
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, zwane dalej świadczeniami ambulatoryjnymi, są udzielane w zakresie następujących dziedzin medycyny przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie:
  - 1) reumatologii,
  - 2) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
  - 3) neurochirurgii,
  - 4) neurologii,
  - 5) geriatrici,
  - 6) anestezjologii i intensywnej terapii,
  - 7) diagnostyki laboratoryjnej,
  - 8) radiologii i diagnostyki obrazowej,
  - 9) innych dziedzin medycyny niezbędnych do diagnostyki i leczenia.
4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane w poradniach odpowiednich specjalności.

### § 34

#### **Postanowienia ogólne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. W Instytucie świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby wykonujące zawód medyczny i legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji, zatrudnione w podmiocie leczniczym na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub na podstawie umowy cywilnoprawnej.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane są z należytą starannością, dostępnymi środkami i metodami, stosownie do etyki zawodowej, medycznych procedur i standardów postępowania, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.
3. Komórki organizacyjne działalności medycznej prowadzą dokumentację medyczną wymaganą przepisami i zapewniają ochronę danych zawartych w dokumentacji oraz udostępniają dokumentację na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w ustawie o ochronie danych osobowych.

### **§ 35**

#### **Procedury dotyczące korzystania przez pacjentów ze świadczeń ambulatoryjnych**

1. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego w komórkach organizacyjnych określonych w Regulaminie Organizacyjnym. Instytut organizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, gwarantującą ich dostępność, a także właściwą jakość udzielanych świadczeń.
2. Instytut realizuje świadczenia ambulatoryjne od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 18.00. Szczegółowy harmonogram udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej znajduje się na tablicy ogłoszeń.
3. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są po dokonaniu rejestracji. Instytut przyjmuje pacjenta w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie ustalonego terminu, podmiot leczniczy w każdy dostępny sposób informuje pacjenta o zmianie terminu.
4. W przypadku realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych, Instytut prowadzi listę osób oczekujących na świadczenia na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
5. Instytut zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego, e-mailowego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
6. Instytut zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący zapewnienie wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, innych badań lub procedur medycznych.

### **§ 36**

#### **Procedury dotyczące przyjęcia i pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć oraz w klinice**

1. Pacjent zgłaszający się do Instytutu celem przyjęcia planowego, przedkłada w Izbie Przyjęć:

- skierowanie do Instytutu wraz z kompletem niezbędnych, aktualnych badań,
  - dowód osobisty lub inny dokument zawierający nr PESEL,
  - ewentualnie dokument uprawniający do bezpłatnych świadczeń.
2. Pacjent zgłaszający się do Instytutu celem hospitalizacji planowej, powinien się zabezpieczyć w odpowiednią do pobytu w Instytucie bieliznę i odzież (piżama, szlafrok), obuwie oraz środki higieny osobistej.
  3. O przyjęciu do Instytutu osoby zgłaszającej się, orzeka lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki po:
    - przeprowadzeniu bezpośredniego badania, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności istotnych dla oceny zdrowia pacjenta,
    - uzyskaniu zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego na leczenie szpitalne, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Instytutu bez wyrażenia zgody.
  4. Pacjenci planowo przyjmowani do hospitalizacji są rejestrowani w Izbie Przyjęć.
  5. Jeżeli przy badaniu chorego zachodzi podejrzenie, że uszkodzenie ciała czy choroba są następstwem działania przestępczego, lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki zawiadamia policję. Fakt powiadomienia policji należy odnotować w dokumentacji Punktu Przyjęć, z podaniem daty, godziny i nazwiska osoby, która zgłoszenie przyjęła.
  6. Po badaniu lekarskim, założeniu dokumentacji medycznej i załatwieniu innych niezbędnych formalności pacjent kierowany jest do odpowiedniej kliniki.

## **§ 37**

### **Organizacja Izby Przyjęć**

1. Instytut w zakresie leczenia stacjonarnego prowadzi leczenie planowe, z wyjątkiem stanów zagrażających życiu.
2. Kwalifikacje pacjentów do przyjęcia do Instytutu przeprowadzane są w Izbie Przyjęć 7 dni w tygodniu zgodnie z obowiązującą procedurą.
3. Kwalifikacja jest dokonywana przez lekarza wyznaczonego przez kierownika właściwej kliniki, a w sporadycznych przypadkach kwalifikacji dokonuje lekarz dyżurny, którego klinika w danym tygodniu przyjmuje pacjentów. Po kwalifikacji pacjenta zostaje wpisany do księgi oczekujących odpowiedzialnej kliniki, a następnie do systemu informatycznego Instytutu. Na skierowaniu pacjenta wpisywany jest numer księgi oczekujących, nadawany automatycznie przez systemem. Informacja o kwalifikacji pacjenta i numerze w księdze oczekujących przesyłana jest do kliniki.
4. Przyjęcie pacjenta w trybie planowym odbywa się po badaniu przez lekarza, wyznaczonego do leczenia danego pacjenta przez kierownika kliniki, do której został wcześniej zakwalifikowany. Lekarz po zbadaniu pacjenta, wpisuje wstępne rozpoznanie do historii choroby, przeprowadza wywiad epidemiologiczny oraz podpisuje historię choroby.

5. W przypadku zgłoszenia się pacjenta do Instytutu poza godzinami pracy Izby Przyjęć (19.30-7.30) pielęgniarka dyżurna współpracującej Izby Przyjęć i Oddziału Szybkiej Diagnostyki Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego zawiadamia o tym fakcie lekarza dyżurnego Instytutu, który podejmuje decyzję o sposobie postępowania.
6. Pacjent biorący udział w badaniu klinicznym każdorazowo zgłasza się do Izby Przyjęć ze skierowaniem wystawionym przez lekarza zespołu badawczego. Pielęgniarka Izby Przyjęć przyjmuje pacjenta w stan chorych i zakłada obowiązującą dokumentację.
7. Jeżeli w chwili zgłoszenia się chorego do Izby Przyjęć nie zachodzi konieczność natychmiastowej hospitalizacji, lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki w porozumieniu z właściwym kierownikiem kliniki ustala plan dalszego postępowania.
8. Chory nie zakwalifikowany do leczenia szpitalnego otrzymuje kartę informacyjną i jest powiadamiany o możliwości kontynuowania leczenia w trybie ambulatoryjnym.
9. W przypadku skierowania chorego do kliniki, lekarz uzyskuje zgodę od pacjenta na przyjęcie do Instytutu.
10. Po przyjęciu do Izby Przyjęć, a przed umieszczeniem chorego w klinice, należy chorego doprowadzić do wymaganego stanu higienicznego.
11. Pracą Izby Przyjęć kieruje pielęgniarka koordynująca lub osoba przez nią upoważniona.

### **§ 38**

#### **Udzielanie świadczeń w klinikach i na oddziałach**

1. Kierownik Kliniki - Ordynator, do której przyjęto pacjenta, wyznacza lekarza prowadzącego, który bezpośrednio opiekuje się pacjentem i prowadzi dokumentację medyczną.
2. Z chwilą przyjęcia pacjenta na leczenie do kliniki, lekarz prowadzący przeprowadza jego badanie w celu ustalenia rozpoznania i ustalenia sposobu postępowania medycznego.
3. W klinice obowiązuje rozkład dnia określony przez Kierownika Kliniki – Ordynatora.
4. Gospodarkę środkami odurzającymi w klinice, prowadzi Kierownik Kliniki – Ordynator lub lekarz przez niego wyznaczony. Kierownik Kliniki – Ordynator ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za stan tych środków, ich pobieranie, przechowywanie, wydawanie i prowadzenie szczegółowej ewidencji rozchodu środków odurzających. Każda pozycja ewidencji powinna być podpisana przez Kierownika Kliniki - Ordynatora. Niezależnie od powyższej ewidencji każdy zapis rozchodu środka odurzającego musi znaleźć potwierdzenie w:
  - karcie indywidualnych zleceń,
  - historii choroby z rozpoznaniem uzasadniającym decyzję o ordynacji środka,
  - raportach pielęgniarskich.
5. Świadczenia zdrowotne w klinice udzielane są tylko i wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny i spełniające warunki określone w obowiązujących przepisach prawa.

6. Lekarze i pielęgniarki w zakresie wykonywanych czynności służbowych podlegają ochronie podobnie jak funkcjonariusze publiczni.
7. W każdej klinice znajduje się pokój badań pacjentów, zapewniający intymność pacjentowi podczas badania i w czasie rozmowy z lekarzem.
8. Szczegółowe prawa pacjenta zostały określone w Karcie Praw Pacjenta i umieszczone na tablicy w każdej klinice Instytutu.
9. W razie stwierdzenia potrzeby wykonania u pacjenta zabiegu operacyjnego lub diagnostyki inwazyjnej, lekarz jest obowiązany udzielić pacjentowi przystępnej informacji o rodzaju i zakresie zabiegu, metodach jego prowadzenia, możliwych do przewidzenia powikłaniach i ewentualnych następstwach zabiegu oraz uzyskać od pacjenta lub jego opiekuna - przedstawiciela ustawowego, pisemną zgodę.
10. W razie odmowy udzielenia zgody lekarz powinien uzyskać pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, że pacjent został uprzedzony o możliwych następstwach niedokonania zabiegu i wynikającym z tego zagrożeniu dla jego zdrowia i życia.
11. W klinice obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych i środków odurzających oraz uprawiania gier hazardowych.
12. Korzystanie z telefonów komórkowych jest zabronione w miejscach i pomieszczeniach oznaczonych jako objęte tym zakazem.
13. Pacjent może korzystać z własnego sprzętu radiofonicznego lub innego elektronicznego, z wyjątkiem odbiorników TV. Korzystanie przez pacjenta hospitalizowanego z wniesionego do Instytutu sprzętu radiofonicznego lub innego, wymaga uprzedniego wyrażenia zgody przez pacjentów przebywających w tej samej sali szpitalnej oraz ustalenia – w przypadku uzyskania takiej zgody – z lekarzem prowadzącym, czy używanie tego sprzętu nie wpłynie niekorzystnie na przyjętą terapię leczniczą, zarówno wobec niego jak innych pacjentów. Korzystanie z tego sprzętu odbywa się w sposób nie zakłócający terapii i odpoczynku innych pacjentów.
14. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia wniesionego przez pacjenta do Instytutu sprzętu, bez względu na okoliczności obciąża pacjenta.
15. Pacjenci nie mogą opuszczać terenu Instytutu bez uprzedniego uzgodnienia tego faktu z lekarzem prowadzącym lub lekarzem dyżurnym. Nadto powinni przestrzegać ustalonego w klinice porządku i organizacji pracy oraz:
  - przebywać w sali w porach obchodów lekarskich,
  - przebywać w sali w porach wydawania posiłków,
  - nie zakłócać spokoju innym pacjentom,
  - szanować prawa przysługujące innym pacjentom Instytutu, w tym również prawa do przebywania w szpitalu w odpowiednich warunkach higieniczno – sanitarnych.
16. Instytut zapewnia pacjentowi transport środkiem transportu sanitarnego, w przypadkach wynikających z jego stanu zdrowia i uwarunkowań związanych z finansowaniem

świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych określonych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

### **§ 39**

#### **Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych na Bloku Operacyjnym**

1. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany :
  - w sprawach technicznego przeprowadzenia zabiegu – lekarzowi operującemu,
  - w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anestezjologowi.
2. Wstęp na salę operacyjną w czasie zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby fachowe, które uzyskały zgodę lekarza operującego lub Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych.
3. Personel Bloku Operacyjnego jest obowiązany – na czas zabiegu – wkładać ubiór operacyjny.
4. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać chorego i upewnić się, że pacjent bądź jego przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny wyraził zgodę na zabieg.
5. Przeprowadzane na Bloku Operacyjnym zabiegi operacyjne ewidencjonowane są w księdze operacji i znieczuleń, a wszelkie czynności medyczne wykonywane w trakcie zabiegu operacyjnego powinny być udokumentowane w protokole z operacji.
6. Po zakończeniu operacji pacjent powinien być przekazany pod opiekę personelu medycznego na sali pooperacyjnej i pozostawać pod stałą kontrolą lekarską.
7. Szczegółowe zasady postępowania na Bloku Operacyjnym określają przyjęte zarządzeniem Dyrektora procedury wewnętrzne.

### **§ 40**

#### **Przechowywanie osobistych rzeczy chorych**

1. Pacjent przyjęty na leczenie stacjonarne pozostawia ubranie, obuwie i bieliznę osobistą na przechowanie w Depozycie Ubrań lub przekazuje rodzinie.
2. Ubranie, obuwie i bieliznę pacjenta przyjmuje wyznaczony pracownik Izby Przyjęć, wpisując i odnotowując w kwitariuszu ich ogólny wygląd i stan. Pacjent lub towarzysząca mu osoba, potwierdza swoim własnoręcznym czytelnym podpisem spis rzeczy pozostawionych na przechowanie. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub z innych przyczyn nie może złożyć podpisu, rzeczy pacjenta przyjmują co najmniej dwie osoby.
3. Kwitariusz rzeczy oddanych na przechowanie sporządzony jest w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje pacjent, drugi dołącza się do rzeczy pacjenta, a trzeci pozostaje w grzbiecie kwitariusza w Izbie Przyjęć.



4. Osoba przyjmująca rzeczy pacjenta, odpowiada za ich przechowanie w podręcznym magazynie aż do chwili przekazania ich do Depozytu Ubrań.
5. Bieliznę i odzież pacjenta przechowuje się w Depozycie Ubrań w warunkach zabezpieczających je przed zniszczeniem (w specjalnych workach).
6. W Depozycie Ubrań prowadzona jest księga „Depozyt Ubrań”, w której odnotowuje się: nazwisko i imię pacjenta i numer księgi głównej.
7. Odzież, obuwie i bieliznę osobistą pacjenta, przyjętą na przechowanie do Depozytu Ubrań – wydaje się po okazaniu kwitu depozytowego wypisanemu ze szpitala pacjentowi lub osobie najbliższej pacjentowi.
8. Pacjent przyjmowany do Instytutu może złożyć do depozytu rzeczy wartościowe. Zasady przyjmowania rzeczy wartościowych do depozytu i postępowania z depozytami, określa dyrektor w drodze zarządzenia wewnętrznego.

## **§ 41**

### **Odwiedziny pacjentów**

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych, mogą się odbywać codziennie, pod warunkiem, że nie zakłócają toku planowanych badań i zabiegów przy pacjentach oraz ustalonego porządku pracy kliniki.
2. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn uzasadnionych dobrem pacjentów, może być wprowadzony okresowo zakaz odwiedzin pacjentów w Instytucie.
3. Na życzenie pacjenta, prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego określonych.
4. Osoba odwiedzająca pacjenta, jest zobowiązana:
  - a) przestrzegać porządku ustalonego w Instytucie i w tym zakresie podporządkować się zaleceniom i wskazaniom personelu,
  - b) pozostawić w szatni wierzchnie okrycie, nakrycie głowy, parasol itp.
5. Nie mogą odwiedzać pacjentów osoby chore oraz osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
6. Osobom odwiedzającym pacjentów zabrania się:
  - a) ze względów sanitarno–epidemiologicznych – wprowadzania lub wnoszenia do Instytutu jakichkolwiek zwierząt, siadania na łóżkach pacjentów oraz korzystania w czasie odwiedzin z ich naczyń i przedmiotów osobistego użytku,
  - b) ze względu na poszanowanie praw wszystkich pacjentów – prowadzenia głośnych rozmów oraz poruszania tematów, które mogłyby wprowadzić pacjentów w stan niepokoju.

7. Osoby odwiedzające pacjenta mogą zwracać się o informację dotyczącą stanu zdrowia chorego do lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego, z tym, że lekarz może udzielić takiej informacji tylko osobie wskazanej przez pacjenta, a jeżeli pacjent jest nieprzytomny i nie złożył wcześniej w tym względzie żadnego oświadczenia woli – tylko osobie najbliższej pacjentowi.
8. W przypadku naruszenia przez osobę odwiedzającą pacjenta w Instytucie, zasad odwiedzin, zakłócenia spokoju i porządku szpitalnego bądź samodzielnej ingerencji w proces leczniczy lub terapeutyczny, którym objęty jest pacjent, lekarz leczący pacjenta bądź lekarz dyżurny ma prawo wyprosić tę osobę z Instytutu, a jeżeli wezwanie do opuszczenia Instytutu okaże się nieskuteczne, w przypadkach uzasadnionych dobrem pacjenta lub dobrem Instytutu ma prawo zarządzić jego przymusowe wyprowadzenie z terenu Instytutu.

## **§ 42**

### **Wypisanie z Instytutu**

1. Wypisanie z Instytutu, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
  - a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Instytucie,
  - b) na życzenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
  - c) gdy pacjent w sposób rażący narusza ustalony w klinice porządek, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo zdrowia innych osób.
2. Pacjent wypisywany na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Instytucie i składa oświadczenie na piśmie o wypisaniu z Instytutu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej w obecności świadka.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania z Instytutu osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Instytucie, Kierownik Kliniki – Ordynator albo lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Instytutu sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania z Instytutu i przyczynach odmowy.
4. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, o czym został poinformowany przez lekarza leczącego, ponosi – niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 5 – koszty pobytu w Instytucie począwszy od terminu wyznaczonego przez Kierownika Kliniki – Ordynatora.
5. Jeżeli pacjent niezdolny do samodzielnej egzystencji nie został odebrany w wyznaczonym przez Instytut terminie przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, Instytut niezwłocznie zawiadamia o tym gminę właściwą ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu pacjenta oraz organizuje na jej koszt przewiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania.

6. Za pobyt w Instytucie w okolicznościach określonych w ust. 4, Instytut wystawia pacjentowi rachunek, będący podstawą uiszczenia zapłaty.

### **§ 43**

#### **Postępowanie w razie wystąpienia chorób zakaźnych lub podejrzenia o zachorowanie oraz w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta lub jego śmierci**

1. W razie wystąpienia zachorowań lub podejrzeń o zachorowania na szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne, lekarz, który rozpoznał chorobę lub powziął jej podejrzenie zobowiązany jest niezwłocznie zastosować środki zapobiegające rozprzestrzenianiu się choroby, a w szczególności:
  - zawiadomić pielęgniarkę epidemiologiczną, podając wymagane informacje uzyskane w ramach przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego,
  - wydać zakaz opuszczania pomieszczeń przez osoby podejrzane o zachorowanie,
  - umieścić chorego lub podejrzanego o zachorowanie w izolacji z zastosowaniem pełnego reżimu sanitarnego,
  - wydać zakaz wstępu osobom postronnym do pomieszczeń, w których znajdowały się lub znajdują się osoby chore lub podejrzane o zachorowanie oraz osoby, które miały kontakt z chorym lub podejrzanym o zachorowanie pacjentem.
2. Postępowanie w przypadku wystąpienia poszczególnych chorób zakaźnych lub podejrzenia o zachorowanie na określoną chorobę zakaźną regulują szczegółowe procedury.
3. W Instytucie działa Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych.
4. Lekarz prowadzący w klinice lub pielęgniarka są zobowiązani zawiadomić rodzinę lub opiekunów pacjenta o znacznym pogorszeniu się stanu chorego lub jego zgonie, bezzwłocznie (telefonicznie, telegraficznie lub w inny sposób pod adres pacjenta).
5. W razie śmierci pacjenta pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
6. Lekarz powinien dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby dzień i godzinę śmierci. Następnie zmarłego pozostawia się na dwie godziny w odpowiednim do tego celu pomieszczeniu.
7. Lekarz kliniki zobowiązany jest po upływie dwóch godzin ponownie zbadać pacjenta i ponownie stwierdzić zgon, potwierdzić go w dokumentacji medycznej oraz wystawić kartę zgonu, z zastrzeżeniem przypadku w którym przeprowadzana będzie sekcja zwłok, a następnie zezwolić na transport zabezpieczonych i opisanych zwłok.
8. Karta zgonu jest przekazywana niezwłocznie do Działu Statystyki Medycznej, Analiz i Rozliczeń.
9. Pielęgniarka przyjmuje informacje i w obecności świadków (drugiej pielęgniarki, lekarza, salowej) sporządza protokół rzeczy pozostawionych przez zmarłego pacjenta. Protokół sporządza się

w dwóch egzemplarzach. Protokół powinien być podpisany czytelnie przez świadków. Protokół razem z rzeczami wartościowymi pacjenta i pieniędzmi należy zabezpieczyć w sejfie, a ubranie przekazać do magazynu ubrań i wpisać na kwit. Drugi egzemplarz powinien być przechowywany w raporcie pielęgniarzkim do momentu przekazania rzeczy rodzinie zmarłego. Rodzina kwituje odbiór rzeczy pacjenta podpisem, a ponadto do protokołu należy wpisać z dowodu osobistego dane osoby odbierającej. Protokół przechowuje się przez okres 1-go roku.

10. Lekarz lub pielęgniarka zawiadamia rodzinę zmarłego pacjenta lub inną osobę wskazaną w historii choroby o fakcie zgonu, podając następujące informacje:
  - o planowanym zabraniu zwłok przez firmę pogrzebową, z którą Instytut ma podpisaną umowę, ewentualnie o możliwości wskazania innej firmy pogrzebowej przez rodzinę zmarłego,
  - o ostatniej woli zmarłego (złożonym testamencie, oświadczeniu),
  - o pozostawionych przez zmarłego rzeczach osobistych, pieniądzach, przedmiotach wartościowych, ubraniach, które zostały spisane w protokole i zabezpieczone w sposób określony w ust. 9,
  - o adresie i miejscu przechowywania zwłok,
  - o pokrywaniu przez Instytut kosztów związanych z transportem zwłok do firmy pogrzebowej i przechowywaniu tam zwłok przez trzy doby,
  - o konieczności dostarczenia do firmy pogrzebowej odzieży niezbędnej do pochowania osoby zmarłej,
  - o konieczności potwierdzenia w firmie pogrzebowej odbioru zwłok i wykonanych prac związanych z przygotowaniem zwłok do pochówku,
  - o konieczności przedstawienia w firmie pogrzebowej zlecenia dla niej, które wraz z rzeczami z depozytu rodzina (opiekun) otrzyma w klinice.
11. Pielęgniarka informuje firmę pogrzebową, z którą Instytut podpisał umowę, o konieczności odebrania zwłok. Następnie wypełnia zlecenie w dwóch egzemplarzach, po jednym dla firmy pogrzebowej i kliniki. Kopię zlecenia otrzymuje rodzina lub opiekun osoby zmarłej.
12. Pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni firmy pogrzebowej, która zawiera:
  - imię i nazwisko osoby zmarłej,
  - numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL
  - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
  - datę i godzinę zgonu,
  - godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej,
  - imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
  - godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej,
  - imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej.

13. Pielęgniarka i personel pomocniczy wykonują toaletę pośmiertną. Przy wykonywaniu toalety pośmiertnej należy postępować w sposób gwarantujący poszanowanie zwłok, w tym obowiązuje zachowanie powagi, taktu i delikatności. W ramach toalety pośmiertnej należy w szczególności:
- odłączyć i usunąć wszystkie przyrządy medyczne,
  - zabezpieczyć miejsca wkluc i ewentualnych ran opatrunkami,
  - rozebrać zwłoki,
  - umyć całe ciało – twarz, tułów, ręce plecy, pośladki i kończyny dolne,
  - założyć wkładkę z ligniny,
  - uczesać włosy,
  - podwiązać żuchwę bandażem (pod bandaż w okolicy brody podłożyć gazik),
  - przymknąć powieki i położyć wilgotne gaziki,
  - oznakować zwłoki tj. założyć na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego; identyfikator powinien zawierać: imię i nazwisko osoby zmarłej, PESEL osoby zmarłej a w przypadku braku numeru PESEL
  - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu; jeżeli jest niemożliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny uniemożliwiającej ustalenie tożsamości,
  - skrzyżować ręce na klatce piersiowej,
  - przykryć zwłoki jednorazowym prześcieradłem.
14. Pościel po zmarłym pacjencie łącznie z poduszkami i kocami jest wkładana do czerwonych worków (jako materiał zakażony) i przekazywana do pralni; łóżko, szafka przyłóżkowa i taboret są myte, dezynfekowane a następnie naświetlane lampą bakterioobójczą; po tych czynnościach łóżko wyposaża się w czystą pościel i pozostały sprzęt oraz wstawia na salę chorych.
15. Firma pogrzebowa, która podpisała umowę z Instytutem, przechowuje zwłoki w chłodni nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny. Przechowywanie powyżej 72-ch godzin może nastąpić jedynie odpłatnie zgodnie z aktualnym cennikiem.
16. Zwłoki osoby, która zmarła w Instytucie, mogą być poddane sekcji, chyba, że osoba ta za życia wyraziła w formie pisemnej sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy.
17. Wyrażenie sprzeciwu na sekcję jest bezskuteczne w sytuacjach:
- określonych w kodeksie postępowania karnego,
  - gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
  - gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Instytutu.
18. Decyzje dotyczące zwolnień z sekcji zwłok, podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych po uzyskaniu opinii właściwego Kierownika Kliniki – Ordynatora. Zwolnienie z sekcji jest niedopuszczalne w okolicznościach, o których mowa w ust. 17.

19. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozdziale, stosuje się przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

#### **§ 44**

##### **Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi**

1. Instytut współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie diagnostyki oraz kontynuacji leczenia pacjentów w specjalnościach nieprowadzonych w Instytucie.
2. Szczegółowe zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie, o którym mowa w ust. 1, są indywidualnie ustalane w umowach cywilnoprawnych zawieranych pomiędzy stronami.

#### **§ 45**

##### **Udostępnianie dokumentacji medycznej i wysokość opłat za jej udostępnienie**

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu w przypadku pacjenta poniżej 16 roku życia, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
3. Instytut udostępnia dokumentację medyczną również:
  - a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - b) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
  - c) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
  - d) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - e) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - f) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - g) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

- h) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek osób i podmiotów, o których mowa w ust. 1-4.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego,
  - poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
  - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
7. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 6, pobierane są opłaty w następującej wysokości:
- a) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - w kwocie stanowiącej równowartość 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
  - b) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - w kwocie stanowiącej równowartość 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt a,
  - c) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, w kwocie stanowiącej równowartość 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt a.

## **§ 46**

### **Inne opłaty**

Opłaty za:

- przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym
- za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością

ustalane są przez Dyrektora Instytut w cenniku, podawanym do wiadomości na tablicy ogłoszeń Instytutu.