

INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC
01-138 Warszawa, ul. Płocka 26
tel. 22 43 12 100, fax 22 43 12 452
e-mail: instytut@igichp.edu.pl www.igichp.edu.pl
NIP 525-000-88-38, Regon 000288490
KRS 0000141482

Załącznik do zarządzenia nr 43/2023
Dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc
z dnia 18.12.2023 r.



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

INSTYTUTU GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC

SPIS TREŚCI

	Nr strony
Rozdział I	
Podstawa prawna, przedmiot działalności oraz zadania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc	4
Rozdział II	
Organizacja zarządzania Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc	5
Rozdział III	
Struktura organizacyjna i tryb pracy komórek organizacyjnych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc	7
Rozdział IV	
Zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc	11
Rozdział V	
Zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora Oddziału Terenowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju	17
Rozdział VI	
Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	18
Rozdział VII	
Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	20
Rozdział VIII	
Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	29
Rozdział IX	
Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	31

Rozdział X

Zakres działania i odpowiedzialności Głównego Księgowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 36

Rozdział XI

Rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 37

Rozdział XII

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 38

Rozdział XIII

Warunki współdziałania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie z innymi podmiotami leczniczymi 46

Rozdział XIV

Prawa i obowiązki pacjenta Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 47

Rozdział XV

Postępowanie w razie śmierci pacjenta w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 50

Rozdział XVI

Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 52

Rozdział XVII

Opłaty za udzielanie świadczenia zdrowotnego w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 52

Rozdział XVIII

Inne postanowienia Regulaminu w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie 54

Spis załączników

55

Rozdział I

Podstawa prawna, przedmiot działalności oraz zadania

Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

§ 1

1. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, zwany dalej „Instytutem”, działa na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10.03.1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Gruźlicy (Dz. U. Nr 15, poz. 122),
 - 2) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 498), zwanej dalej „ustawą”,
 - 3) ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz. U. z 2023 poz. 742),
 - 4) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 991),
 - 5) Statutu, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia,
 - 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.
2. Niniejszy Regulamin Organizacyjny, zwany dalej „Regulaminem” określa strukturę organizacyjną Instytutu, a także szczegółowy zakres działania jego jednostek i komórek organizacyjnych oraz organizację zarządzania Instytutem i udzielania świadczeń zdrowotnych w Instytucie.
3. Strukturę organizacyjną Instytutu ilustruje schemat organizacyjny stanowiący **załącznik nr 1** do Regulaminu.

§ 2

1. Instytut jest państwową jednostką organizacyjną – instytutem badawczym oraz podmiotem leczniczym i podlega wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego oraz do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego.
2. Siedzibą Instytutu jest m. st. Warszawa, adres ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa.
3. Nadzór nad działalnością Instytutu sprawuje Minister Zdrowia.
4. Instytut posiada Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce - Zdroju, adres ul. Profesora Rudnika 3B, 34-700 Rabka-Zdrój, zwany dalej „Oddziałem”. Strukturę organizacyjną Oddziału, szczegółowy zakres działania jego jednostek i komórek organizacyjnych oraz organizację zarządzania Oddziałem i udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale określa Regulamin Organizacyjny Oddziału Terenowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju, stanowiący **załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu.
5. Oddział prowadzi samodzielnie wewnętrzną gospodarkę finansową w oparciu o środki finansowe przyznane przez Dyrektora Instytutu, zwanego dalej „Dyrektorem” oraz środki finansowe pozyskane samodzielnie przez Oddział. Oddział sporządza ze swojej działalności sprawozdania i sprawozdanie finansowe, stanowiące integralną część sprawozdań Instytutu.

§ 3

Przedmiotem działalności Instytutu jest prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy i chorób płuc u dorosłych i dzieci, na potrzeby systemu ochrony zdrowia, upowszechnianie wyników tych prac oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia chorób płuc.

§ 4

1. Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia poprzez:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej poprzez profilaktykę, diagnostykę i leczenie w zakresie chorób płuc oraz dziedzin pokrewnych,
 - b) realizację programów polityki zdrowotnej, opracowywanie standardów procedur medycznych, prowadzenie edukacji i promocji zdrowia w wyżej wymienionym zakresie.
2. Instytut posiada status Ośrodka Eksperckiego Chorób Rzadkich.
3. Instytut należy do Europejskiej Sieci Referencyjnej ERN-LUNG.
4. Przy Instytucie działa Komisja Bioetyczna.

§ 5

1. Instytut może wykonywać badania i analizy oraz opracowywać opinie i ekspertyzy w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, świadczeń zdrowotnych w dziedzinach będących przedmiotem działalności Instytutu.
2. Instytut może przygotowywać oceny dotyczące stanu i rozwoju dziedzin będących przedmiotem działalności Instytutu.

Rozdział II

Organizacja zarządzania Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc

§ 6

1. Organami Instytutu są:
 - 1) Dyrektor,
 - 2) Rada Naukowa.
2. Dyrektora powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
3. Dyrektor kieruje całokształtem działalności Instytutu, a w szczególności:
 - 1) ustala, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej, plan działalności,
 - 2) ustala, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej, kierunkowe plany tematyczne badań naukowych i prac rozwojowych,
 - 3) reprezentuje Instytut,
 - 4) odpowiada za wyniki działalności naukowej Instytutu,
 - 5) realizuje politykę kadrową,
 - 6) tworzy szkoły doktorskie,

- 7) zarządza mieniem i odpowiada za wykorzystanie mienia Instytutu na realizację jego zadań statutowych, zgodnie z zasadami legalności, rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności,
 - 8) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem spraw należących do zakresu działania Rady Naukowej.
4. Dyrektor zarządza Instytutem przy pomocy:
- 1) Zastępcy Dyrektora - Dyrektora Oddziału,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych,
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych,
 - 5) Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji,
 - 6) Głównego Księgowego,
 - 7) Kierowników jednostek i komórek organizacyjnych.
5. Zastępców Dyrektora powołuje i odwołuje minister nadzorujący po zasięgnięciu opinii Dyrektora, z tym że Zastępcę Dyrektora do spraw naukowych minister nadzorujący powołuje po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
6. Pracowników Instytutu zatrudnia i zwalnia Dyrektor, z tym, że kierowników jednostek i komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za prowadzenie badań naukowych, zatrudnia Dyrektor po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
7. Pracowników naukowych Instytutu zatrudnia Dyrektor po przeprowadzeniu konkursu.
8. Pracowników Oddziału zatrudnia Dyrektor Oddziału.
9. Obowiązki Dyrektora podczas jego nieobecności, wykonuje wyznaczony przez niego Zastępca.
10. Zastępcy Dyrektora, Główny Księgowy oraz kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych kierują działalnością podporządkowanych im jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie określonym w niniejszym Regulaminie.
11. Dyrektor może powoływać Pełnomocników Dyrektora w celu realizacji określonych zadań.
12. Organami doradczymi Dyrektora mogą być kolegia w liczbie nie większej niż 4 oraz 4 inne organy opiniotwórczo-doradcze. Członków kolegiów oraz innych organów opiniotwórczo-doradczych powołuje i odwołuje Dyrektor. Zadania i strukturę kolegiów oraz innych organów opiniotwórczo-doradczych określa Dyrektor.

§ 7

1. Organem stanowiącym, inicjującym, opiniotwórczym i doradczym Instytutu w zakresie jego działalności statutowej oraz w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej jest Rada Naukowa.
2. Zadania oraz skład Rady Naukowej określa Statut Instytutu.

§ 8

1. Dyrektor powołuje w Instytucie:
 - 1) stałe komisje, komitety i zespoły do prowadzenia lub nadzorowania określonych zagadnień, inne niż wymienione w § 6 ust. 12,
 - 2) doraźne komisje, komitety i zespoły do prowadzenia określonych spraw, powoływane na określony czas, bądź na czas wykonania powierzonego zadania.
2. Członkowie komisji, komitetów i zespołów wykonują swoje zadania w godzinach pracy, a za wykonywaną pracę nie przysługuje im osobne wynagrodzenie, o ile w zarządzeniu o powołaniu nie jest określone, że za wykonanie przydzielonego zadania należne jest dodatkowe wynagrodzenie.

Rozdział III

Struktura organizacyjna i tryb pracy komórek organizacyjnych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

§ 9

1. Jednostki i komórki organizacyjne Instytutu są tworzone, łączone, dzielone, likwidowane lub przekształcane przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej i zakładowych organizacji związkowych.
2. Strukturę organizacyjną Instytutu tworzą następujące jednostki i komórki organizacyjne:
 - 1) jednostki i komórki działalności naukowej i rozwojowej: kliniki, oddziały, samodzielne oddziały, zakłady, pracownie, samodzielne pracownie, przychodnie specjalistyczne i poradnie oraz inne wymienione w niniejszym Regulaminie,
 - 2) jednostki i komórki działalności administracyjnej, technicznej, obsługi: działy, sekcje, samodzielne stanowiska pracy,
 - 3) Oddział.
3. Jednostka organizacyjna dzieli się na komórki organizacyjne.

§ 10

1. Klinika, oddział, samodzielny oddział, przychodnia specjalistyczna, poradnia są podstawowymi jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Instytutu, utworzonymi i wyposażonymi w niezbędne środki materialne i osobowe do prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Kliniką, oddziałem, samodzielnym oddziałem, przychodnią specjalistyczną, poradnią, kieruje kierownik odpowiadający za realizację powierzonych zadań, zatrudniony przez Dyrektora, a w przypadku jednostek i komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za prowadzenie badań naukowych, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
3. Kierownik oddziału, kierownik poradni jest zatrudniany przez Dyrektora na wniosek kierownika właściwej kliniki, przychodni specjalistycznej.

4. W przypadku nie powołania kierownika oddziału lub poradni za jej funkcjonowanie odpowiada odpowiednio kierownik kliniki lub przychodni specjalistycznej.
5. W klinice mogą być tworzone oddziały i pododdziały, jako komórki organizacyjne realizujące część zadań kliniki. Liczbę łóżek w klinice/oddziale określa zarządzenie Dyrektora.
6. W przychodni specjalistycznej mogą być tworzone poradnie, jako komórki organizacyjne realizujące część zadań przychodni.
7. Kliniki i oddziały prowadzą kształcenie przed- i podyplomowe w zakresie swojej działalności.
8. Kierownicy klinik, oddziałów, samodzielnych oddziałów, przychodni specjalistycznych i poradni kierują całokształtem działalności jednostki lub komórki organizacyjnej, a w szczególności realizują następujące zadania:
 - 1) kierują działalnością podległych jednostek i/lub komórek organizacyjnych w zakresie naukowym, medycznym, administracyjnym,
 - 2) nadzorują pracę podległego personelu, pod względem fachowym, etycznym oraz czuwają nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych i pogłębianiem wiedzy,
 - 3) ustalają zasady organizacji pracy podległego personelu i nadzorują dyscyplinę pracy,
 - 4) nadzorują przestrzeganie praw pacjenta,
 - 5) inicjują, prowadzą lub nadzorują badania naukowe i prace rozwojowe, a także publikacje i wdrożenie ich wyników,
 - 6) opracowują sprawozdania z wykonania badań naukowych i prac rozwojowych,
 - 7) uczestniczą w zespołowych formach współpracy naukowej i leczniczej,
 - 8) nawiązują współpracę naukową i usługową z innymi placówkami naukowymi i medycznymi,
 - 9) wykonują inne zadania i prace powierzone przez Dyrektora.
9. W klinice, oddziale, samodzielnym oddziale, przychodni specjalistycznej, poradni zatrudnieni są:
 - 1) pracownicy naukowci,
 - 2) pracownicy badawczo-techniczni,
 - 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni,
 - 4) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
 - 5) pracownicy wykonujący zawody medyczne,
 - 6) pracownicy obsługi i inni.
10. Oddziały, samodzielne oddziały, izba przyjęć działają w trybie całodobowym we wszystkie dni tygodnia. Poradnie działają w trybie dziennym od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.

§ 11

1. Zakłady, pracownie i samodzielne pracownie są podstawowymi jednostkami lub komórkami organizacyjnymi działalności naukowej i rozwojowej utworzonymi i wyposażonymi w środki materialne i osobowe niezbędne do prowadzenia wyodrębnionej działalności naukowej i rozwojowej w zakresie

chorób płuc, w tym gruźlicy. Uczestniczą one także w działalności leczniczej oraz usługowo-badawczej prowadzonej przez Instytut.

2. Zakładem, pracownią, samodzielną pracownią kieruje kierownik odpowiadający za realizację powierzonych zadań, zatrudniony przez Dyrektora, a w przypadku jednostek i komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za prowadzenie badań naukowych, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
3. W zakładzie mogą być tworzone pracownie jako komórki organizacyjne realizujące część zadań wykonywanych przez zakład.
4. Pracownią w zakładzie kieruje kierownik zatrudniony przez Dyrektora na wniosek kierownika zakładu. W przypadku nie powołania kierownika pracowni za jej funkcjonowanie odpowiada kierownik zakładu.
5. Kierownicy zakładów, pracowni, samodzielnych pracowni kierują całokształtem działalności zakładu, pracowni, samodzielnej pracowni, a w szczególności:
 - 1) kierują działalnością podległych jednostek i/lub komórek organizacyjnych w zakresie naukowym, medycznym, administracyjnym,
 - 2) nadzorują pracę podległego personelu, pod względem fachowym, etycznym oraz czuwają nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych i pogłębianiem wiedzy,
 - 3) ustalają zasady organizacji pracy podległego personelu i nadzorują dyscyplinę pracy,
 - 4) opracowują projekty planów prac naukowych i rozwojowych zakładu, pracowni, samodzielnej pracowni,
 - 5) kierują pracami związanymi z realizowaniem tematów naukowo-badawczych w zakładzie, pracowni, samodzielnej pracowni, udzielają konsultacji merytorycznych i metodycznych kierownikom tematów oraz na bieżąco współpracują i kontrolują przebieg realizacji tematów (zadań),
 - 6) opracowują sprawozdania z wykonania badań naukowych i prac rozwojowych,
 - 7) inicjują wykorzystanie wyników prac naukowo-badawczych,
 - 8) nawiązują współpracę naukową i usługową z innymi placówkami naukowymi i medycznymi,
 - 9) prowadzą badania naukowe i prace rozwojowe oraz uczestniczą w pracach zespołowych grup problemowych,
 - 10) organizują seminaria i dyskusje na wybrane tematy związane z problematyką badawczą,
 - 11) wykonują inne funkcje i czynności powierzone im przez Dyrektora.
6. W zakładzie, pracowni, samodzielnej pracowni mogą być zatrudnieni:
 - 1) pracownicy naukowci,
 - 2) pracownicy badawczo-techniczni,
 - 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni,
 - 4) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
 - 5) pracownicy wykonujący zawody medyczne,
 - 6) pracownicy obsługi i inni.
7. Pracownie i samodzielne pracownie działają w trybie dziennym, z wyłączeniem pracowni gdzie

wykonywane jest badanie polisomnografii, która działa w trybie nocnym. Pracownie i samodzielne pracownie działają od poniedziałku do piątku, oprócz dni ustawowo wolnych od pracy, z wyjątkiem pracowni, gdzie wykonywane są zabiegi fizjoterapii oraz badania mikrobiologiczne, które działają we wszystkie dni tygodnia.

§ 12

1. Działy, sekcje, samodzielne stanowiska pracy tworzy się dla wyodrębnionej działalności.
2. Działem kieruje kierownik zatrudniony przez Dyrektora na wniosek właściwego Zastępcy Dyrektora, podlegający bezpośrednio Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora.
3. W dziale mogą być tworzone sekcje jako komórki organizacyjne realizujące część zadań wykonywanych przez dział.
4. Sekcją w dziale kieruje kierownik zatrudniony przez Dyrektora na wniosek kierownika działu. W przypadku nie zatrudnienia kierownika sekcji za jej funkcjonowanie odpowiada kierownik działu.
5. W Instytucie, stosownie do potrzeb, mogą być tworzone samodzielne stanowiska pracy podporządkowane bezpośrednio Dyrektorowi, jego Zastępcom lub Głównemu Księgowemu.
6. Działy, sekcje, samodzielne stanowiska działają w trybie dziennym od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, z wyłączeniem stanowisk elektryka oraz portiera, którzy pracują w trybie całodobowym we wszystkie dni tygodnia.

§ 13

1. Kierownicy klinik, oddziałów, samodzielnych oddziałów, zakładów, pracowni, samodzielnych pracowni, przychodni specjalistycznej i poradni w ramach nadzoru nad działalnością podległych pracowników, analizują na bieżąco przebieg wykonywanych przez nich badań naukowych i prac rozwojowych oraz usługowo-leczniczych, przeprowadzają kontrolę i udzielają niezbędnych wskazówek dotyczących leczenia i praktycznego wykorzystania wyników badań naukowych.
2. Kierownicy wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych są odpowiedzialni za właściwe wykonywanie powierzonych im zadań, a ponadto ponoszą odpowiedzialność za:
 - 1) dyscyplinę pracy podległych pracowników i przestrzeganie przez nich przepisów w zakresie ochrony danych osobowych oraz przepisów bhp i ochrony przeciwpożarowej,
 - 2) właściwy rozdział i koordynację wykonania zadań, nadzór i bieżącą kontrolę nad ich realizacją,
 - 3) wykorzystanie powierzonego mienia Instytutu,
 - 4) terminową realizację zadań,
 - 5) jakość i efektywność realizowanych zadań,
 - 6) obiektywną ocenę pracy wykonywanej przez pracowników,
 - 7) zapoznanie podległych pracowników z obowiązującymi przepisami w zakresie wykonywanych zadań,
 - 8) zapewnienie pracownikom właściwych warunków pracy na poszczególnych stanowiskach i właściwą organizację pracy,

- 9) nadzór nad przestrzeganiem zasad postępowania określonych wewnętrznymi zarządzeniami i procedurami oraz przepisami prawnymi, a także prawidłowością, gospodarnością oraz oszczędnością przy wykonywanych zadaniach.

Rozdział IV

Zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora

Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

§ 14

Dyrektor sprawuje nadzór nad całokształtem działalności Instytutu, bezpośredni nadzór nad Oddziałem oraz bezpośredni nadzór nad komórkami organizacyjnymi i pełnomocnikami wymienionymi poniżej:

- 1) Zespołem Radców Prawnych,
- 2) Działem Spraw Pracowniczych i Płac,
- 3) Zakładem Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą,
- 4) Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- 5) Inspektorem Ochrony Radiologicznej,
- 6) Inspektorem Ochrony Danych,
- 7) Stanowiskiem ds. BHP,
- 8) Stanowiskiem ds. Obronności, Obrony Cywilnej i Bezpieczeństwa Przeciwpożarowego,
- 9) Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
- 10) Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
- 11) Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Praw Pacjenta.

§ 15

1. Zespół Radców Prawnych:

- 1) wykonuje czynności w zakresie obsługi prawnej, a w szczególności udziela opinii i porad prawnych,
- 2) prowadzi sprawy sądowe oraz nadzoruje egzekucje sądowe,
- 3) opiniuje pod względem formalno-prawnym projekty umów oraz aktów normatywnych opracowanych merytorycznie przez właściwe jednostki lub komórki organizacyjne Instytutu,
- 4) informuje Dyрекcję o zmianach w obowiązującym stanie prawnym, dotyczącym działalności Instytutu.

2. Dział Spraw Pracowniczych i Płac:

- 1) prowadzi sprawy osobowe pracowników Instytutu,
- 2) opracowuje regulamin pracy, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz wewnętrzne przepisy Instytutu określające zasady wynagradzania pracowników,
- 3) wykonuje czynności związane z przyjmowaniem, zwalnianiem pracowników, a także udzielaniem urlopów, sprawami awansów, przeszerogowań, nagradzania oraz stosowania kar porządkowych za

naruszenie obowiązków pracowniczych,

- 4) wykonuje nadzór i kontrolę nad przestrzeganiem przepisów prawa pracy i dyscypliny pracy,
- 5) prowadzi akta osobowe pracowników, kartoteki i ewidencje,
- 6) nadzoruje program oceny pracy pracowników oraz przeprowadza badanie satysfakcji pracowników,
- 7) opracowuje sprawozdania dotyczące zatrudnienia,
- 8) prowadzi sprawy związane z zakładowym funduszem świadczeń socjalnych,
- 9) wykonuje czynności administracyjne związane z rentami i emeryturami pracowników,
- 10) prowadzi sprawy wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu społecznym i zdrowotnym oraz na bieżąco przesyła informacje do ZUS-u,
- 11) kompletuje i sprawdza pod względem formalnym dokumentację źródłową dotyczącą wynagrodzeń pracowników oraz ją przechowuje,
- 12) oblicza i ewidencjonuje wynagrodzenia, zasiłki chorobowe, rodzinne, wychowawcze i inne należności pracowników zgodnie z przepisami ZUS,
- 13) dokonuje potrąceń wynagrodzeń pracowników zgodnie z listami potrąceń i nakazami płatniczymi,
- 14) dokonuje rozliczeń z ZUS i Urzędem Skarbowym,
- 15) sporządza sprawozdania z wykorzystania funduszu wynagrodzeń,
- 16) zapewnia obsługę administracyjną postępowań o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty niebędące podmiotami leczniczymi.

3. Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą:

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w dziedzinie epidemiologii gruźlicy i chorób płuc,
- 2) realizuje zadania Instytutu jako krajowej specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy,
- 3) prowadzi Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę,
- 4) realizuje zadania Instytutu dotyczące współpracy z organizacjami międzynarodowymi –Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i Europejskim Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób ECDC) w zakresie monitorowania gruźlicy i programu jej zwalczania,
- 5) współpracuje z placówkami medycznymi krajów Unii Europejskiej w zakresie zapewnienia ciągłości opieki nad obywatelami polskimi chorymi na gruźlicę, którzy rozpoczęli leczenie poza granicami Polski,
- 6) udziela konsultacji, w zakresie rozpoznawania i leczenia gruźlicy oraz metodologii badania osób ze styczności z chorymi na gruźlicę, zainteresowanym lekarzom oraz Stacjom Sanitarno-Epidemiologicznym,
- 7) współpracuje w zakresie wykonywanych zadań z właściwymi departamentami Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego, także z Zakładem Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB w formie i zakresie uzgodnionym z Dyrektorem,

- 8) współpracuje ze specjalistycznymi przychodniami chorób płuc, Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi, konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie chorób płuc oraz organami administracji rządowej – w zakresie oceny sytuacji epidemiologicznej gruźlicy i realizacji programu zwalczania gruźlicy,
 - 9) współpracuje z laboratoriami mikrobiologicznymi w zakresie zbierania i analizy wyników badań mikrobiologicznych i testów lekowrażliwości prątków i weryfikacji nadsyłanych danych o przypadkach zachorowań na gruźlicę,
 - 10) sporządza kwartalne i roczne zestawienia zachorowań na gruźlicę i wyników leczenia oraz inne zestawienia statystyczne wynikające z realizowanych zadań badawczych w ramach nadzoru nad gruźlicą w skali kraju i poszczególnych województw,
 - 11) propaguje wiedzę na temat gruźlicy i jej zwalczania.
4. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych:
- 1) opracowuje i nadzoruje wdrażanie procedur zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i chorób zakaźnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, dotyczących w szczególności:
 - a) zagadnień higieny szpitalnej - dekontaminacji powierzchni, sprzętów, narzędzi, prawidłowego postępowania z bielizną szpitalną i odpadami medycznymi,
 - b) profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń u hospitalizowanych pacjentów i personelu medycznego,
 - 2) monitoruje i analizuje zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń wywołanych przez patogeny alarmowe,
 - 3) konsultuje pacjentów z zakażeniem lub podejrzanych o wystąpienie zakażenia,
 - 4) identyfikuje i analizuje czynniki ryzyka zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 5) analizuje wyniki badań mikrobiologicznych oraz prowadzi ocenę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej,
 - 6) inicjuje i koordynuje działania w ramach wygaszania ogniska epidemicznego,
 - 7) współpracuje z Komitetem Terapeutycznym w zakresie wytycznych stosowania antybiotyków w Instytucie,
 - 8) współpracuje ze służbą BHP w zakresie stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia ekspozycji na czynniki biologiczne w środowisku pracy i zminimalizowania ryzyka ich przeniesienia na inne osoby,
 - 9) współpracuje z lekarzem medycyny pracy w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego pracowników Instytutu,
 - 10) planuje i realizuje szkolenia dla pracowników z zakresu kontroli zakażeń oraz zapewnia pomoc w dostępie do aktualnych źródeł wiedzy profesjonalnej dotyczącej zakażeń,

- 11) opiniuje wnioski i zmiany w infrastrukturze Instytutu (remonty i modernizacje budynków, zakup wyposażenia, preparatów dezynfekcyjnych i czystościowych, wyrobów medycznych i produktów leczniczych stosowanych w Instytucie) w aspekcie ich wpływu na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu,
- 12) prowadzi kontrole wewnętrzne w zakresie swoich kompetencji,
- 13) współpracuje z towarzystwami naukowymi i organizacjami referencyjnymi dla zagadnień kontroli zakażeń związanych ze świadczeniem usług medycznych.

5. Inspektor Ochrony Radiologicznej:

- 1) sprawuje wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej przez Instytut,
- 2) zakres obowiązków i uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej określa art. 7 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe.

6. Inspektor Ochrony Danych:

- 1) informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy niniejszego rozporządzenia oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie
- 2) monitorowanie przestrzegania krajowych przepisów prawnych, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania,
- 3) prowadzi z upoważnienia Administratora Danych Osobowych rejestr osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
- 4) nadaje z upoważnienia Administratora Danych Osobowych upoważnienia do przetwarzania danych osobowych,
- 5) opracowuje i aktualizuje dokumentację przetwarzania danych osobowych,
- 6) sprawuje nadzór nad wdrożeniem dokumentacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych,
- 7) okresowo przeprowadza audyt przetwarzania danych osobowych i przedstawia stosowne wnioski,
- 8) weryfikuje system informatyczny pod kątem wymagań przepisów o ochronie danych osobowych i zgłasza Dyrektorowi Instytutu stosowne wnioski w tym zakresie,
- 9) sprawuje nadzór nad bezpieczeństwem fizycznym zabezpieczenia pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe,
- 10) sprawuje nadzór nad prawidłowym przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji zawierającej dane osobowe,
- 11) reaguje na sytuacje naruszenia bezpieczeństwa danych i raportuje to do Dyrektora Instytutu,
- 12) nadzoruje zawartość strony internetowej pod względem zgodności z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych,

13) pełnieni funkcję punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych,

14) współpracuje z organem nadzorczym.

7. Stanowisko ds. BHP:

Wykonuje wszystkie zadania zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy, a w szczególności:

- 1) nadzoruje i doskonali wewnętrzny system bezpieczeństwa i higieny pracy w Instytucie,
- 2) prowadzi doradztwo w zakresie obowiązujących przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 3) współpracuje z jednostkami naukowo-badawczymi w zakresie problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy w Instytucie,
- 4) współpracuje z zewnętrznymi organami nadzoru nad warunkami pracy (Państwową Inspekcją Pracy, Państwową Inspekcją Sanitarną, Urzędem Dozoru Technicznego itp.), a także z zakładowymi organizacjami związkowymi, społeczną inspekcją pracy itp.,
- 5) bierze udział w ocenie dokumentacji inwestycyjnych oraz udział w odbiorach technicznych nowo budowanych lub modernizowanych obiektów budowlanych i urządzeń mających wpływ na warunki bhp,
- 6) bierze udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, procedur, regulaminów, ogólnych instrukcji dotyczących bhp oraz opiniuje instrukcje szczegółowe,
- 7) nadzoruje i prowadzi systematyczną kontrolę warunków pracy oraz przestrzegania zasad i przepisów bhp w zakładzie pracy,
- 8) na bieżąco informuje pracodawcę o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
- 9) przygotowuje oceny i analizy stanu bhp w Instytucie,
- 10) uczestniczy w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz chorób związanych z warunkami pracy, a także w opracowywaniu wniosków profilaktycznych,
- 11) bierze udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaniem określonych prac,
- 12) koordynuje prace dotyczące profilaktyki w zakresie bhp i popularyzacji problematyki bhp,
- 13) prowadzi szkolenia z zakresu bhp w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych i uprawnień.

8. Stanowisko ds. Obronności, Obrony Cywilnej i Bezpieczeństwa Przeciwopozarowego:

- 1) prowadzi sprawy z zakresu obronności, w tym obrony cywilnej wg obowiązujących przepisów,
- 2) prowadzi całokształt spraw związanych z ustaleniem, realizacją i oceną programów i planów działania w zakresie poprawy stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w Instytucie,
- 3) inicjuje i opracowuje projekty wewnętrznych przepisów w zakresie bezpieczeństwa

- przeciwpożarowego,
- 4) opracowuje programy i plany szkolenia w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
 - 5) sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów przeciwpożarowych przez pracowników i pacjentów Instytutu.
9. Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych:
- 1) zapewnienia ochronę informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
 - 2) zapewnienia ochronę systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
 - 3) zarządza ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacuje ryzyko,
 - 4) kontroluje ochronę informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności prowadzi okresowe kontrole ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
 - 5) opracowuje i aktualizuje, wymagające akceptacji Dyrektora Instytutu, plany ochrony informacji niejawnych w Instytucie, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzoruje jego realizację,
 - 6) prowadzi szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych,
 - 7) prowadzi zwykłe postępowania sprawdzające oraz kontrolne postępowania sprawdzające,
 - 8) prowadzi aktualny wykaz osób zatrudnionych lub pełniących służbę w Instytucie albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto,
 - 9) przekazuje odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o których mowa w art. 73 ust. 1 ustawy o ochronie informacji niejawnych, danych, o których mowa w art. 73 ust. 2, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu, o którym mowa w pkt. 8.
10. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością:
- 1) podejmuje działania na rzecz efektywnego funkcjonowania w Instytucie systemu zarządzania jakością wg określonych norm ISO i standardów akredytacyjnych,
 - 2) monitoruje ustalone wskaźniki jakości,
 - 3) nadzoruje i weryfikuje skuteczność podejmowanych działań doskonalących system zarządzania jakością.
11. Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta:
- 1) podejmuje działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta,
 - 2) bierze udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów,

- 3) analizuje stwierdzone nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponuje Dyrektorowi działania naprawcze,
- 4) prowadzi szkolenia z zakresu praw pacjenta dla osób pracujących w Instytucie.

Rozdział V

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora – Dyrektora Oddziału Terenowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju

§ 16

1. Dyrektor Oddziału kieruje całokształtem działalności Oddziału w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, a w szczególności:
 - 1) przygotowuje plany działalności Oddziału,
 - 2) realizuje politykę kadrową Oddziału,
 - 3) zarządza mieniem i odpowiada za wykorzystanie w/w mienia na realizację jego zadań statutowych, zgodnie z zasadami legalności, rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności,
 - 4) odpowiada za realizację zadań obronnych Oddziału,
 - 5) odpowiada za wyniki działalności naukowej, badawczo-rozwojowej, leczniczej i ekonomicznej Oddziału,
 - 6) reprezentuje Oddział,
 - 7) podejmuje decyzje w sprawach dotyczących Oddziału.
5. Zastępców Dyrektora Oddziału powołuje i odwołuje Dyrektor Oddziału po akceptacji Dyrektora Instytutu.
6. Pracowników Oddziału Terenowego zatrudnia i zwalnia Dyrektor Oddziału. Pracowników naukowych zatrudnia Dyrektor Oddziału po przeprowadzeniu konkursu.
7. Obowiązki Dyrektora Oddziału podczas jego nieobecności wykonuje wyznaczony przez niego zastępca.
8. Zastępcy Dyrektora Oddziału, Główny Księgowy oraz Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych kierują działalnością podporządkowanych im jednostek i komórek organizacyjnych, w zakresie określonym w Regulaminie Organizacyjnym Oddziału Terenowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju.

Rozdział VI

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 17

1. Zastępca Dyrektora ds. Naukowych kieruje pionem naukowo-badawczym oraz całokształtem spraw związanych z prowadzeniem badań naukowych i prac rozwojowych w Instytucie i jest za nie odpowiedzialny.
2. Do kompetencji Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie projektów planów naukowych Instytutu oraz rocznych sprawozdań z jego działalności naukowej i rozwojowej,
 - 2) realizowanie zaleceń Rady Naukowej dotyczących polityki naukowej Instytutu,
 - 3) śledzenie rozwoju nauki związanej z działalnością naukowo-badawczą Instytutu w kraju i za granicą oraz opiniowanie i inicjowanie prac związanych z postępem nauki i techniki w zakresie tej działalności,
 - 4) przygotowywanie kwartalnej i rocznej oceny jakości działalności naukowej lub rozwojowej jednostek i komórek naukowych Instytutu,
 - 5) przygotowywanie sprawozdań dla Dyrektora w zakresie działalności naukowej lub rozwojowej jednostek naukowych Instytutu,
 - 6) współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji i Nauki oraz innymi instytucjami dysponującymi środkami publicznymi na finansowanie nauki,
 - 7) współpraca ze szkołami wyższymi, instytutami badawczymi, Polską Akademią Nauk oraz innymi jednostkami i organizacjami w kraju i za granicą w zakresie działalności naukowej,
 - 8) opiniowanie wniosków w sprawie wyjazdów na szkolenia i zjazdy, nagród za działalność naukową itp.,
 - 9) nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji przez pracowników naukowych i badawczo-technicznych Instytutu,
 - 10) współpraca z pozostałymi Zastępcami Dyrektora oraz Kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu w zakresie nadzorowanych spraw,
 - 11) nadzorowanie działalności naukowej Oddziału.

§ 18

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych podlegają:

- 1) Dział Nauki i Wsparcia Projektów,
- 2) Biblioteka Naukowa im. Stelli Fronczak.

§ 19

1. Dział Nauki i Wsparcia Projektów:

- 1) przygotowuje projekty kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych,

- 2) przygotowuje projekty perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej,
- 3) przygotowuje wnioski o przyznanie dotacji i subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego oraz sprawozdania z wykorzystania dotacji i subwencji,
- 4) przygotowuje projekty rocznego sprawozdania Dyrektora z wykonania zadań na podstawie sprawozdań indywidualnych pracowników naukowych Instytutu, raportów kierowników tematów naukowych oraz sprawozdań dostarczonych przez poszczególne komórki organizacyjne Instytutu,
- 5) prowadzi ewidencję i dokumentację dorobku naukowego pracowników,
- 6) opracowuje dla Rady Naukowej projekt oceny działalności naukowej pracowników naukowych,
- 7) prowadzi sprawozdawczość naukową dla ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw edukacji i nauki, Głównego Urzędu Statystycznego, Ośrodka Przetwarzania Informacji, Rady Doskonałości Naukowej oraz innych organów państwowych,
- 8) prowadzi w systemie POL-on oraz Polskiej Bibliografii Naukowej (PBN) indywidualne konto Instytutu w roli administratora,
- 9) opracowuje wniosek do oceny parametrycznej Instytutu,
- 10) opracowuje informacje na stronę internetową Instytutu w zakresie dotyczącym działalności naukowej,
- 11) obsługuje serwis e-ISBN – elektroniczny serwis dla wydawców do nadawania numerów ISBN (International Standard Book Number),
- 12) zapewnia obsługę administracyjną Rady Naukowej Instytutu i jej Komisji oraz organizację posiedzeń,
- 13) zapewnia obsługę administracyjną szkoły doktorskiej w Instytucie,
- 14) zapewnia obsługę administracyjną wydawnictwa Instytutu,
- 15) prowadzi dokumentację związaną z postępowaniami w sprawie nadania stopnia doktora, doktora habilitowanego, tytułu profesora,
- 16) przygotowuje dokumentację związaną z korzystaniem przez pracowników z praw autorskich,
- 17) przygotowuje oferty na usługę edukacyjną polegającą na realizacji kursów specjalizacyjnych w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu,
- 18) zapewnia obsługę posiedzeń naukowych i klinicznych,
- 19) zapewnia organizację służbowych wyjazdów zagranicznych pracowników,
- 20) przygotowuje konkursy na stanowisko pracownika naukowego,
- 21) poszukuje możliwości finansowania projektów badawczych, stypendiów, grantów z funduszy europejskich i innych źródeł oraz informuje o nich pracowników,
- 22) uczestniczy w tworzeniu wniosków aplikacyjnych i dokumentacji niezbędnej do prawidłowego złożenia wniosków do podmiotów finansujących badania naukowe,

- 23) zapewnia obsługę administracyjną prowadzonych projektów, w tym opracowuje sprawozdania i raporty z realizacji projektów,
 - 24) prowadzi Centralny Rejestr Projektów realizowanych w Instytucie,
 - 25) zapewnia obsługę administracyjną i finansową umów o prowadzenie badań klinicznych oraz badań klinicznych,
 - 26) W skład Działu wchodzi:
 - a) Sekcja ds. Badań Klinicznych.
2. Biblioteka Naukowa im. Stelli Fronczak:
- 1) gromadzi, opracowuje i udostępnia zbiory (książki, czasopisma i materiały elektroniczne),
 - 2) śledzi rynek wydawniczy,
 - 3) zamawia i zakupuje wydawnictwa zwarte, ciągłe i materiały elektroniczne,
 - 4) opracowuje zgromadzone materiały (akcesja, inwentarz, klasyfikacja tematyczna, katalog alfabetyczny i przedmiotowy),
 - 5) udostępnia czytelnikom materiały będące w posiadaniu Biblioteki na miejscu, wypożyczając lub przekazując drogą elektroniczną – wykorzystując bazy bibliograficzne i pełnotekstowe,
 - 6) informuje czytelników o możliwościach posługiwania się bazami bibliograficznymi i pełnotekstowymi oraz zapewnia pomoc w kompletowaniu literatury dotyczącej poszczególnych tematów.

Rozdział VII

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 20

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa kieruje pionem lecznictwa i całokształtem spraw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i jest za nie odpowiedzialny.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad organizacją i przebiegiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) nadzór nad gospodarką produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
 - 3) nadzór nad żywieniem pacjentów,
 - 4) nadzór nad całokształtem działalności związanej ze stosowaniem krwi w celach leczniczych,
 - 5) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej i jej sprawozdawczości,
 - 6) nadzór nad ruchem pacjentów,
 - 7) nadzór nad zapewnieniem dyżurów lekarskich,
 - 8) nadzór nad sprawami związanymi z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych w zakresie swoich kompetencji,

- 9) nadzór nad odbywaniem specjalizacji i staży kierunkowych w jednostkach oraz komórkach organizacyjnych Instytutu,
 - 10) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Instytucie,
 - 11) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i innymi podmiotami w zakresie nadzorowanego pionu,
 - 12) współpraca z pozostałymi Zastępcami Dyrektora oraz kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie nadzorowanych spraw.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa nadzoruje wszystkie jednostki i komórki organizacyjne Instytutu w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz podległe mu bezpośrednio.

§ 21

Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają:

- 1) Izba Przyjęć,
- 2) I Klinika Chorób Płuc,
- 3) II Klinika Chorób Płuc,
- 4) III Klinika Chorób Płuc i Onkologii,
- 5) Klinika Chirurgii,
- 6) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 7) Zakład Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziarowskiego,
- 8) Zakład Mikrobiologii,
- 9) Zakład Patomorfologii,
- 10) Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin,
- 11) Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej,
- 12) Samodzielna Pracownia Rehabilitacji,
- 13) Apteka Szpitalna,
- 14) Centralna Sterylizacja,
- 15) Przychodnia Przykliniczna,
- 16) Kapelan.

§ 22

1. Izba Przyjęć:

- 1) przyjmuje pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć, a w przypadku wskazań do hospitalizacji przyjmuje ich do Szpitala Instytutu lub kieruje do innego podmiotu leczniczego,
- 2) udziela doraźnej pomocy pacjentom, którzy tego wymagają,
- 3) weryfikuje uprawnienia pacjentów do udzielenia świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- 4) prowadzi depozyt rzeczy wartościowych,

- 5) w skład Izby Przyjęć wchodzi:
 - a) Magazyn Rzeczy Pacjentów,
 - b) Sekcja Higieny Szpitalnej i Transportu Wewnętrznego.

2. I Klinika Chorób Płuc:

- 1) planuje i realizuje w zakresie wiążącym się z ustalonymi zadaniami Kliniki zadania Instytutu dotyczące działalności naukowej i rozwojowej oraz szkolenia przed- i podyplomowe,
- 2) prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie chorób płuc, ze szczególnym uwzględnieniem chorób śródmiąższowych płuc, w tym idiopatyczne włóknienie płuc, zmian płucnych w przebiegu chorób tkanki łącznej i sarkoidozy, chorób obturacyjnych, zakażeń układu oddechowego i pierwotnych niedoborów odporności, mukowiscydozy, nowotworów płuc i innych rzadkich chorób płuc, opracowuje metody ich rozpoznawania i leczenia,
- 3) udziela konsultacji podmiotom leczniczym,
- 4) prowadzi leczenie pacjentów kierowanych, z powodu trudności diagnostycznych i terapeutycznych, przez podmioty lecznicze z całego kraju,
- 5) prowadzi indywidualne szkolenie podyplomowe lekarzy przygotowujące do specjalizacji w chorobach płuc, kardiologii, rehabilitacji i innych specjalności, których programy zawierają szkolenia w pneumonologii,
- 6) organizuje kursy doskonalące,
- 7) organizuje egzaminy specjalizacyjne z chorób płuc,
- 8) W skład I Kliniki Chorób Płuc wchodzi:
 - a) Oddział I,
 - b) Pracownia Elektrokaradiografii,
 - c) Pracownia Ultrasonografii Naczyniowej i Echokardiografii,
 - d) Pracownia Holtera.

3. II Klinika Chorób Płuc:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej, klinicznej oraz szkolenia przed- i podyplomowego,
- 2) prowadzi działalność naukowo-badawczą i kliniczną w zakresie chorób płuc, ze szczególnym uwzględnieniem chorób obturacyjnych układu oddechowego, w tym POChP, astmy, leczenia przewlekłej niewydolności oddychania, zaburzeń oddychania w czasie snu, chorób śródmiąższowych płuc, a w szczególności sarkoidozy, nowotworów płuc, domowego leczenia tlenem, nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej oraz rehabilitacji i patofizjologii oddychania (pletyzmografia, próby wysiłkowe),
- 3) udziela konsultacji innym podmiotom leczniczym,

- 4) prowadzi leczenie pacjentów kierowanych z powodu trudności diagnostycznych i terapeutycznych przez inne podmioty lecznicze z całego kraju,
- 5) prowadzi indywidualne szkolenia podyplomowe lekarzy przygotowujące do specjalizacji w chorobach wewnętrznych i chorobach płuc,
- 6) prowadzi szkolenia z zakresu domowego leczenia tlenem, nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej oraz zaburzeń oddychania w czasie snu dla pracowników Instytutu i innych podmiotów leczniczych,
- 7) organizuje kursy doskonalące oraz obowiązkowe w zakresie specjalizacji z chorób płuc,
- 8) w skład II Kliniki Chorób Płuc wchodzi:
 - a) Oddział II,
 - b) Pracownia Snu,
 - c) Pracownia Badań Czynnościowych.

4. III Klinika Chorób Płuc i Onkologii:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej, klinicznej oraz szkolenia przed- i podyplomowego,
- 2) opracowuje nowe metody rozpoznawania i leczenia raka płuc,
- 3) wykonuje badania nad optymalizacją diagnostyki i leczenia zapaleń naczyń oraz chorób śródmiąższowych,
- 4) udziela konsultacji innym podmiotom leczniczym,
- 5) prowadzi leczenie pacjentów kierowanych, z powodu trudności diagnostycznych i terapeutycznych, przez inne podmioty lecznicze z całego kraju,
- 6) bierze udział w przygotowaniu egzaminu specjalizacyjnego z zakresu chorób płuc,
- 7) prowadzi szkolenia indywidualne i kursy przeznaczone dla osób specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych i w dziedzinie chorób płuc,
- 8) w skład III Kliniki Chorób Płuc i Onkologii wchodzi:
 - a) Oddział X,
 - b) Oddział XI Onkologiczny,
 - c) Oddział XII.

5. Klinika Chirurgii:

- 1) prowadzi badania naukowe w zakresie chirurgicznego leczenia chorób klatki piersiowej, w tym chorób układu oddechowego, śródpiersia, przełyku, przepony i ściany klatki piersiowej, współpracuje w tym zakresie ze wszystkimi klinikami/oddziałami i zakładami Instytutu i prowadzi, w tym zakresie specjalizację, nawiązuje kontakty naukowe z placówkami krajowymi i zagranicznymi, bierze udział w krajowych i międzynarodowych programach naukowych,
- 2) prowadzi działalność usługową w zakresie leczenia chirurgicznego i diagnostyki inwazyjnej chorych z chorobami narządów klatki piersiowej oraz następstw urazów klatki piersiowej,

- 3) prowadzi leczenie pacjentów kierowanych, z powodu trudności diagnostycznych i terapeutycznych, przez inne podmioty lecznicze z całego kraju,
 - 4) prowadzi konsultacje torakochirurgiczne na terenie Instytutu i poza nim mające na celu kwalifikację pacjentów do leczenia chirurgicznego i kontrolę wyników leczenia,
 - 5) merytorycznie nadzoruje konsultacje i leczenie poszpitalne w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej i współuczestniczy w leczeniu chorych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 6) w skład Kliniki Chirurgii wchodzi:
 - a) Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej,
 - b) Blok Operacyjny,
 - c) Pracownia Endoskopii.
6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie wyodrębniono profile:
- 1) Anestezjologia:
 - a) planuje i realizuje zadania w zakresie anestezjologii oraz prowadzi działalność kliniczną,
 - b) kwalifikuje chorych do znieczuleń, udziela konsultacji w zakresie swojej specjalności,
 - c) znieczula chorych do operacji,
 - d) znieczula chorych do zabiegów endoskopowych,
 - e) monitoruje stan pacjentów po zabiegach w sedacji lub znieczuleniu ogólnym na sali wybudzeń.
 - 2) Intensywna terapia:
 - a) planuje i realizuje zadania w zakresie intensywnej terapii,
 - b) wykonuje zadania związane z prowadzeniem chorych w stanach zagrożenia życia w Oddziale,
 - c) udziela pomocy w stanach zagrożenia życia na terenie Instytutu,
 - d) kwalifikuje chorych do leczenia niewydolności oddechowej za pomocą nieinwazyjnej i inwazyjnej wentylacji,
 - e) leczy ostry i przewlekły ból chorych,
 - f) prowadzi żywienie pozajelitowe i dojelitowe.
7. Zakład Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziorowskiego:
- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej oraz szkolenia przed- i podyplomowego,
 - 2) prowadzi badania czynności układu oddechowego,
 - 3) prowadzi prace naukowe w zakresie patofizjologii oddychania,
 - 4) w skład Zakładu Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziorowskiego wchodzi:
 - a) Pracownia Spirometrii,
 - b) Pracownia Mechaniki Oddychania.
8. Zakład Mikrobiologii:
- 1) planuje, organizuje i prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe związane z chorobami

infekcyjnymi płuc, gruźlicą płuc, gruźlicą pozapłucną i mykobakteriozami,

- 2) prowadzi działalność dydaktyczną dla osób wykonujących zawody medyczne w zakresie mikrobiologicznej diagnostyki gruźlicy, w tym szkolenia podyplomowe, indywidualne szkolenia oraz szkolenia specjalizacyjne z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej chorób płuc,
- 3) pełni funkcję Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prętka sprawując nadzór specjalistyczny nad działalnością diagnostyczną terenowych laboratoriów mikrobiologicznych w zakresie diagnozy zakażeń prątkami gruźlicy i prątkami atypowymi (MOTT),
- 4) wykonuje typowania molekularne szczepów prątków gruźlicy, prątków atypowych, bakterii szybkorosnących i grzybów, co pozwala na identyfikację genotypów, wykrywanie grup epidemicznych i genów oporności,
- 5) wykonuje pełen zakres badań mikrobiologicznych w kierunku diagnostyki gruźlicy i mykobakterioz zgodnie z algorytmem WHO i ECDC w tym oznaczanie lekooporności na leki przeciwprątkowe, badania genetyczne, testy identyfikacyjne i hodowlę *Mycobacterium tuberculosis complex* i MOTT,
- 6) wykonuje badania aktywności preparatów dezynfekcyjnych i nowych leków przeciwprątkowych,
- 7) prowadzi badania w kierunku latentnego zakażenia prątkiem gruźlicy dla oceny ryzyka zachorowania i na potrzeby leczenia profilaktycznego,
- 8) prowadzi badania mikologiczne, w tym posiewy materiałów klinicznych, identyfikację grzybów i testy wrażliwości na leki przeciwgrzybicze,
- 9) wykonuje badania serologiczne: wykrywanie antygenów krążących w surowicy i przeciwciał w kierunku różnych zakażeń grzybiczych oraz alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych (AZPP) i płuca farmera,
- 10) wykonuje badania diagnostyczne w zakresie bakteriologii ogólnej, w tym posiewy materiałów klinicznych na pożywki selektywne i identyfikację wyhodowanych bakterii, mechanizmów lekooporności oraz określenie wrażliwości na antybiotyki,
- 11) nadzoruje prace licencjackie, inżynierskie i magisterskie w obszarze mikrobiologii,
- 12) w skład Zakładu Mikrobiologii wchodzi:
 - a) Pracownia Diagnostyki Gruźlicy i Mykobakterioz,
 - b) Pracownia Bakteriologii Ogólnej,
 - c) Pracownia Monitorowania Chemioterapii Gruźlicy,
 - d) Pracownia Mikologii.

9. Zakład Patomorfologii:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej i szkolenia podyplomowego,
- 2) posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji z zakresu patomorfologii,
- 3) zajmuje się oceną mikroskopową przyżyciowo pobranego od pacjentów materiału tkankowego

- i cytologicznego w oparciu o szeroki panel badań immunohistochemicznych,
- 4) konsultuje trudne przypadki, zwłaszcza z zakresu patologii nowotworów układu oddechowego i chorób śródmiąższowych płuc,
 - 5) wykonuje biopsje cienkoigłowe narządowe pod kontrolą USG,
 - 6) kwalifikuje przygotowuje materiał histologiczny i cytologiczny do oceny biomarkerów koniecznych w kwalifikacji do leczenia chorych z rakiem nie drobnokomórkowym płuca, wykonywanych w Zakładzie Genetyki i Immunologii Klinicznej,
 - 7) wykonuje predykcyjne testy immunohistochemiczne na obecność ekspresji białka PD-L1 w celu kwalifikacji do leczenia chorych z rakiem niedrobnokomórkowym płuca do leczenia inhibitorami punktów kontroli immunologicznej,
 - 8) posiada licencję Polskiego Towarzystwa Patologów na wykonywanie badań histopatologicznych, cytologicznych, śródoperacyjnych, histochemicznych, immunohistochemicznych, molekularnych oraz certyfikat spełnienia standardów akredytacyjnych dla diagnostyki patomorfologicznej,
 - 9) bierze udział w Europejskich kontrolach jakości dotyczących wykonywania predykcyjnego testu immunohistochemicznego w kierunku ekspresji białka PD-L1 i ekspresji białka fuzyjnego ALK,
 - 10) w skład Zakładu Patomorfologii wchodzi:
 - a) Pracownia Biopsyjna z Biorepozytorium,
 - b) Pracownia Cytologiczna,
 - c) Pracownia Immunohistochemiczna,
 - d) Pro Morte.
10. Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin:
- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej, usługowej oraz kształcenia przed- i podyplomowego,
 - 2) prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie diagnostyki obrazowej chorób klatki piersiowej ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki raka płuc i guzów śródpiersia oraz chorób śródmiąższowych płuc,
 - 3) udziela konsultacji specjalistycznych,
 - 4) w skład Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin wchodzi:
 - a) Pracownia Rentgenodiagnostyki,
 - b) Pracownia Ultrasonografii,
 - c) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - d) Pracownia Rezonansu Magnetycznego.
11. Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej:
- 1) planuje, organizuje i prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe,
 - 2) stosuje metody analizy molekularnej w praktyce klinicznej, w tym w diagnostyce raka płuca,

w monitorowaniu leczenia i określaniu markerów o znaczeniu predykcyjnym w tej jednostce chorobowej (wstępna ocena lekowrażliwości),

- 3) realizuje program kompleksowej diagnostyki wrodzonego niedoboru alfa-1-antytrypsyny (fenotyp i genotypowanie), prowadzi Krajowy Rejestr chorych z wrodzonym niedoborem Alfa-1 Antytrypsyny,
- 4) prowadzi immunodiagnostykę chorób układu oddechowego w tym śródmiąższowych chorób płuc, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, chorób alergicznych oraz zakażeń wirusowych,
- 5) realizuje projekty badawcze ukierunkowane na identyfikację i charakterystykę kolejnych markerów aktywności patologicznych procesów zachodzących w obrębie płuc w przebiegu szeroko rozumianych chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem raka płuc, badań nad problemami związanymi z patogenezą chorób układu oddechowego oraz prac z zakresu immunofarmakologii,
- 6) w skład Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej wchodzi:
 - a) Pracownia Genetyki Klinicznej,
 - b) Pracownia Immunologii Klinicznej,
 - c) Pracownia Badań Molekularnych z Biorepozytorium.

12. Samodzielna Pracownia Rehabilitacji:

- 1) wykonuje testy wysiłkowe u pacjentów hospitalizowanych w klinikach/oddziałach Instytutu oraz pacjentów ambulatoryjnych Przychodni Przyklinicznej Instytutu,
- 2) prowadzi fizjoterapię pacjentów hospitalizowanych w Instytucie,
- 3) prowadzi edukację w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej pacjentów hospitalizowanych w klinikach/oddziałach Instytutu oraz pacjentów ambulatoryjnych Przychodni Przyklinicznej Instytutu.

13. Apteka Szpitalna:

- 1) opracowuje plan zaopatrzenia wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 2) wykonuje czynności związane z zakupem artykułów wymienionych w pkt.1, a w szczególności przygotowuje zamówienia, dokonuje odbioru ilościowego i jakościowego,
- 3) prowadzi w Aptece gospodarkę produktami wymienionymi w pkt. 1,
- 4) zaopatruje wszystkie jednostki i komórki organizacyjnych Instytutu w produkty lecznicze i wyroby medyczne, środki dezynfekcyjne do skóry i błon śluzowych oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 5) przygotowuje leki recepturowe i apteczne,
- 6) sprawuje nadzór nad jakością i tożsamością produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego,

- 7) udziela informacji o cenach i działaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego,
 - 8) przyjmuje, realizuje i archiwizuje imienne wnioski dotyczące produktów leczniczych niedopuszczonych do obrotu (import docelowy) oraz zakupionych poza umowami przetargowymi,
 - 9) bierze udział w monitorowaniu działań niepożądanych produktów leczniczych,
 - 10) bierze udział w racjonalnej farmakoterapii,
 - 11) współuczestniczy w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia medycznego,
 - 12) opracowuje procedury postępowania z produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia medycznego,
 - 13) prowadzi nadzór nad zużyciem antybiotyków we współpracy z Komitetem Terapeutycznym,
 - 14) bierze udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Instytutu,
 - 15) prowadzi kontrolę apteczek oddziałowych odnośnie zapasów i właściwego przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego,
 - 16) monitoruje decyzje GIF i WIF odnośnie wycofania i wstrzymania dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych oraz komunikaty dotyczące wyrobów medycznych.
14. Centralna Sterylizacja:
- 1) zapewnia mycie, czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu, aparatury, narzędzi, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i innych materiałów tego wymagających, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
15. Przychodnia Przyklinikzna:
- 1) udziela konsultacji specjalistycznych pulmonologicznych, onkologicznych i z zakresu chirurgii klatki piersiowej pacjentom kierowanym przez inne podmioty lecznicze,
 - 2) kwalifikuje pacjentów do leczenia w klinikach/oddziałach Instytutu,
 - 3) kwalifikuje pacjentów do przewlekłej tlenoterapii w warunkach domowych,
 - 4) przeprowadza rutynowe konsultacje pacjentów przewlekle leczonych tlenem w warunkach domowych,
 - 5) realizuje wizyty domowe u pacjentów objętych opieką Poradni Domowego Leczenia Tlenem,
 - 6) udziela świadczeń specjalistycznych pacjentom wypisanym ze Szpitala Instytutu i wymagających dalszej opieki specjalistycznej,
 - 7) prowadzi staże podyplomowe dla lekarzy specjalizujących się w chorobach płuc,
 - 8) współpracuje z innymi placówkami pionu gruźlicy i chorób płuc,
 - 9) w skład Przychodni Przyklinikznej wchodzi następujące poradnie i gabinety:
 - a) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej,

- b) Poradnia Pulmonologiczna,
- c) Poradnia Onkologiczna,
- d) Gabinet zabiegowy,
- e) Gabinet chirurgiczny,
- f) Gabinet diagnostyczny,
- g) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem,
- h) Gabinet diagnostyczno-zabiegowy DLT.

16. Kapelan:

- 1) wykonywanie posług religijnych wobec pacjentów Instytutu, wg obrządku rzymskokatolickiego, z uwzględnieniem zasad tolerancji religijnej.

Rozdział VIII

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 23

- 1. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych kieruje całokształtem działalności Instytutu w obszarze administracyjnym, gospodarczym i technicznym, w tym zaopatrzeniem materiałowym i gospodarką materiałową oraz gospodarką transportową.
- 2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad całokształtem spraw technicznych, materiałowych i zabezpieczeniem mienia Instytutu,
 - 2) nadzorowanie spraw związanych z zaopatrzeniem w zakresie aparatury, sprzętu i materiałów,
 - 3) nadzorowanie spraw związanych z działalnością inwestycyjną i remontową Instytutu,
 - 4) nadzorowanie gospodarki aparaturowej i środków transportu w Instytucie,
 - 5) administrowanie nieruchomościami i ruchomościami Instytutu,
 - 6) organizacja spraw związanych z zapewnieniem żywienia pacjentów,
 - 7) nadzorowanie utrzymania porządku, czystości i ochrony mienia,
 - 8) nadzorowanie udzielania zamówień publicznych,
 - 9) nadzorowanie archiwizacji dokumentacji niemedycznej,
 - 10) współpraca z pozostałymi Zastępcami Dyrektora oraz Kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie nadzorowanych spraw.

§ 24

Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych podlegają:

- 1) Dział Administracyjny,
- 2) Dział Techniczny,
- 3) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

1. Dział Administracyjny:

- 1) administruje budynkami, lokalami i terenami Instytutu,
- 2) utrzymuje porządek i czystość w budynkach oraz na terenach Instytutu,
- 3) organizuje żywienie pacjentów oraz pracowników upoważnionych do korzystania z posiłków, sprawuje nadzór nad realizacją usług żywienia,
- 4) organizuje oraz sprawuje nadzór nad wykonywaniem usług pralniczych,
- 5) prowadzi ewidencję oraz nadzoruje gospodarkę odpadami,
- 6) prowadzi Archiwum Zakładowe,
- 7) zapewnia właściwą konserwację maszyn biurowych oraz urządzeń chłodniczych, kserograficznych i pomiarowych,
- 8) zabezpiecza jednostki i komórki organizacyjne Instytutu w odzież roboczą, ochronną oraz środki czystości,
- 9) nadzoruje powierzone zadania realizowane przez pracowników terenowych i portierów,
- 10) zabezpiecza mienie Instytutu,
- 11) w skład Działu wchodzi:
 - a) Archiwum Zakładowe,
 - b) Sekcja Zabezpieczenia Żywienia,
 - c) Szwalnia,
 - d) Magazyn Pralni,
 - e) Centrala Telefoniczna.

2. Dział Techniczny:

- 1) w zakresie technicznego utrzymania obiektów budowlanych i urządzeń technicznych należących do Instytutu:
 - a) sprawuje nadzór nad ich stanem technicznym,
 - b) planuje i organizuje przeprowadzenie działań konserwacyjnych, remontowych oraz modernizacyjnych,
 - c) planuje inwestycje w ramach udzielonych kompetencji.
- 2) w zakresie technicznego utrzymania aparatury i sprzętu medycznego:
 - a) nadzoruje działanie aparatury i sprzętu medycznego,
 - b) organizuje przeprowadzenie przeglądów, konserwacji oraz napraw aparatury i sprzętu medycznego.

3. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia:

- 1) prowadzi postępowania o udzielenie zamówień publicznych, zgodnie z zasadami, formami i trybami udzielania zamówień publicznych, określonymi w ustawie Prawo zamówień publicznych,

- 2) prowadzi rejestr wszystkich zamówień publicznych udzielanych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
- 3) sporządza dokumentację postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, począwszy od momentu wystąpienia jednostki lub komórki organizacyjnej z wnioskiem o uruchomienie postępowania do zawarcia umowy,
- 4) udziela porad jednostkom i komórkom organizacyjnym w zakresie udzielania zamówień publicznych i ich realizacji,
- 5) inicjuje, wspomaga przygotowuje i raportuje projekty finansowane z funduszy Unii Europejskiej,
- 6) załatwia sprawy formalne związane z reklamacjami w/w zakupionych towarów,
- 7) zgłasza do odprawy celnej towary zakupione przez Instytut (przy wykorzystaniu agencji celnych),
- 8) prowadzi gospodarkę magazynową (przychody, rozchody, kontrole faktur) w zakresie ww. asortymentu spraw,
- 9) prowadzi gospodarkę przydzielonymi środkami transportowymi, w tym planuje i realizuje potrzeby transportowe zamawiane przez jednostki i komórki organizacyjne Instytutu,
- 10) prowadzi analizę rynku dostawców oraz cen i wykorzystuje ją przy opracowywaniu wniosków o udzielenie zamówienia publicznego,
- 11) na podstawie zamówień jednostek i komórek organizacyjnych:
 - a) przygotowuje materiały do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawy towarów i usług,
 - b) realizuje umowy dostaw towarów i usług,
- 12) zapewnia obsługę administracyjną postępowań o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze,
- 13) w skład Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia wchodzi:
 - a) Magazyn.

Rozdział IX

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 26

1. Zastępca Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji kieruje całokształtem działalności Instytutu w obszarze zarządzania i organizacji jego działalności.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji należy w szczególności:
 - 1) koordynowanie spraw w zakresie kształtowania systemu zarządzania i organizacji działalności Instytutu,

- 2) nadzorowanie spraw związanych z formalno-prawnym funkcjonowaniem Instytutu, w szczególności w zakresie kształtowania jego struktury organizacyjnej,
- 3) nadzorowanie polityki ekonomicznej Instytutu, w tym przygotowywanie analiz ekonomicznych wynikających z potrzeb Instytutu,
- 4) zapewnienie efektywnego funkcjonowania w Instytucie systemu zarządzania jakością,
- 5) nadzorowanie organizacji i porządku procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki pielęgniarstwa i personelu pomocniczego jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu,
- 6) nadzorowanie ewidencjonowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 7) nadzór nad systemami informatycznymi w Instytucie oraz ich optymalizacja,
- 8) organizacja spraw związanych z zapewnieniem obsługi administracyjnej pacjentów,
- 9) nadzorowanie archiwizacji dokumentacji medycznej,
- 10) współpraca z pozostałymi Zastępcami Dyrektora oraz Kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie nadzorowanych spraw.

§ 27

Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji podlegają:

- 1) Pielęgniarka Naczelna,
- 2) Dział Organizacji i Zarządzania Jakością,
- 3) Dział ds. Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych,
- 4) Pracownia Informatyczna,
- 5) Kancelaria Chorych,
- 6) Kancelaria Ogólna,
- 7) Archiwum Medyczne.

§ 28

1. Pielęgniarka Naczelna:

- 1) planuje, organizuje i nadzoruje pracę pielęgniarek, opiekunów medycznych oraz personelu pomocniczego w szczególności w Klinikach i Oddziałach Instytutu oraz Przychodni Przyklinicznej,
- 2) ustala zakres obowiązków, odpowiedzialności oraz wymaganych kwalifikacji podległego personelu,
- 3) opracowuje i wdraża procedury opieki pielęgniarstwa oraz sprawuje nadzór nad ich przestrzeganiem i aktualizacją,
- 4) zapewnia ciągłość realizacji świadczeń opieki pielęgniarstwa i niezbędnych zasobów do ich realizacji,
- 5) nadzoruje prowadzenie dokumentacji medycznej pielęgniarstwa,
- 6) kontroluje dyscyplinę pracy i przestrzegania regulaminu pracy podległego personelu,
- 7) nadzoruje kształcenie podyplomowe pielęgniarek w zależności od potrzeb Instytutu,

- 8) nadzoruje przestrzeganie praw pacjenta,
- 9) organizuje szkolenia podległego personelu,
- 10) współpracuje z Działem Administracyjnym w zakresie nadzoru nad żywieniem pacjentów oraz z Izbą Przyjęć w zakresie nadzoru nad Magazynem Rzeczy Pacjentów,
- 11) współpracuje z Zastępcami Dyrektora, Kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu oraz Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie nadzorowanych spraw.

2. Dział Organizacji i Zarządzania Jakością:

- 1) opracowuje dokumenty organizacyjne Instytutu, a w szczególności statut i regulamin organizacyjny,
- 2) przedstawia do decyzji Dyrektora wnioski organizacyjne wynikające z propozycji zgłaszanych w tym zakresie przez jednostki i komórki organizacyjne bądź poszczególnych pracowników Instytutu,
- 3) opracowuje wewnętrzne akty normatywne, dotyczące:
 - a) powoływania, likwidacji oraz zmian podporządkowania jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu,
 - b) zmian w podziale Instytutu na podstawowe jednostki i komórki organizacyjne,
 - c) zmian w zakresie czynności poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy Instytutu,
- 4) monitoruje opracowywanie wewnętrznych aktów normatywnych Instytutu innych niż wymienione w pkt. 3,
- 5) monitoruje przestrzeganie praw pacjenta w Instytucie,
- 6) zapewnia doskonalenie i efektywne funkcjonowanie w Instytucie Systemu Zarządzania Jakością poprzez:
 - a) stworzenie struktury systemu zarządzania jakością, odpowiedniej dla potrzeb Instytutu, kompletnej i spójnej z całokształtem jego działalności,
 - b) udział w określaniu polityki jakości i celów jakościowych,
 - c) planowanie, inicjowanie prac oraz organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami i komórkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących Systemu Zarządzania Jakością,
 - d) nadzór nad monitorowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością,
 - e) monitorowanie i analizę danych, w tym wskaźników jakości, dotyczących systemu zarządzania jakością,
 - f) nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością,
 - g) planowanie i kierowanie audytami wewnętrznymi,

- h) nadzorowanie i weryfikację skuteczności podejmowanych działań korygujących i zapobiegawczych oraz innych działań doskonalących System Zarządzania Jakością,
- i) inicjowanie, zalecanie i stosowanie ustalonych metod poprawy jakości oraz mających zastosowanie metod statystycznych,
- j) organizowanie szkoleń dla pracowników w zakresie dotyczącym funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością,
- k) przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi sprawozdań z funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem,
- l) utrzymanie i doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością,
- ł) kontaktowanie się z jednostkami zewnętrznymi w sprawach dotyczących Systemu Zarządzania Jakością.

3. Dział ds. Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych:

- 1) prowadzi sprawozdawczość z realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego,
- 2) uczestniczy w kodowaniu świadczeń zdrowotnych,
- 3) przygotowuje materiały konieczne do złożenia oferty w ogłaszanych postępowaniach konkursowych o udzielenie świadczeń zdrowotnych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 4) określa koszty leczenia pacjentów Instytutu, w tym pacjentów nieuprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- 5) prowadzi korespondencję z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz w ramach Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych,
- 6) pełni funkcję operatora Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji i Portalu Zgód Indywidualnych,
- 7) nadaje uprawnienia do systemów EWUŚ, SMPT, AP-ZZ, AP-KOLCE.

4. Pracownia Informatyczna:

- 1) sprawuje stały nadzór i zapewnia ciągłość działania systemów informatycznych Instytutu,
- 2) zapewnia stałą pomoc pracownikom Instytutu w usuwaniu problemów związanych z użytkowaniem komputerów i oprogramowania,
- 3) zapewnia ciągłość działania komputerów i innych urządzeń (tabletów, drukarek, telefonów) używanych przez pracowników Instytutu,
- 4) nadzoruje i obsługuje działanie cyfrowej centrali telefonicznej instytutu,
- 5) bierze udział w komisjach przetargowych dotyczących sprzętu komputerowego oraz systemów informatycznych,
- 6) współpracuje ze świadczeniodawcami usług informatycznych,
- 7) współpracuje z urzędami zewnętrznymi w sprawach dotyczących środowiska informatycznego

Institutu,

- 8) sprawuje nadzór nad siecią LAN i serwerownią Instytutu,
- 9) wdraża i uaktualnia politykę bezpieczeństwa dotyczącą systemów, sieci oraz danych,
- 10) nadzoruje działanie systemu RCP (Rejestracja Czasu Pracy),
- 11) nadzoruje działanie styku sieci LAN i WAN.

5. Kancelaria Chorych:

- 1) przyjmuje historie chorób z jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu i przekazuje do Archiwum Medycznego,
- 2) wykonuje czynności związane ze sprawozdawczością i statystyką medyczną,
- 3) udostępnia dokumentację medyczną upoważnionym osobom,
- 4) współuczestniczy w monitorowaniu statusu uprawnień pacjentów do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- 5) wykonuje czynności administracyjne związane z pozyskiwaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla innych osób niż ubezpieczeni posiadający obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej,
- 6) wykonuje czynności administracyjne związane z przekazywaniem pacjentów do podmiotów leczniczych opieki długoterminowej,
- 7) udziela informacji związanych z organizacją pobytu pacjenta w szpitalu Instytutu oraz wypisu z leczenia szpitalnego.

6. Kancelaria Ogólna:

- 1) koordynuje czynności kancelaryjne związane z obiegiem korespondencji, w tym przyjmowanie i rozdział korespondencji, przesyłek oraz dokumentów zewnętrznych i wewnętrznych na poszczególne jednostki i komórki organizacyjne,
- 2) rejestruje obieg dokumentacji, w szczególności w elektronicznym systemie zarządzania dokumentacją.

7. Archiwum Medyczne:

- 1) ewidencjonuje i archiwizuje dokumentację medyczną,
- 2) brakuje dokumentację niearchiwalną,
- 3) udostępnia dokumentację medyczną upoważnionym osobom i instytucjom.

Rozdział X
Zakres działania i odpowiedzialności Głównego Księgowego
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 29

1. Główny Księgowy kieruje całokształtem spraw i działalności związanych z gospodarką finansową Instytutu oraz wykonuje powierzone zadania i obowiązki przewidziane przepisami ustawy o rachunkowości.
2. Do zakresu działalności Głównego Księgowego należą w szczególności sprawy:
 - 1) prawidłowej i zgodnej z obowiązującymi przepisami organizacji rachunkowości Instytutu zapewniającej właściwy przebieg operacji gospodarczych,
 - 2) prowadzenie i analiza gospodarki finansowej Instytutu,
 - 3) nadzorowanie przestrzegania i kontroli dyscypliny finansowej oraz prawidłowości dysponowania środkami pieniężnymi i rozliczania osób odpowiedzialnych majątkowo,
 - 4) nadzorowanie prawidłowego obiegu dokumentów księgowych,
 - 5) sprawozdawczości finansowej Instytutu dotyczącej stanu majątkowego i wyników finansowych,
 - 6) opracowywanie projektów planu finansowego,
 - 7) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem majątkowym Instytutu,
 - 8) kalkulacji wynikowej i analizy kosztów,
 - 9) opracowywanie wniosków kredytowych.

§ 30

1. Głównemu Księgowemu podlega bezpośrednio:
 - 1) Dział Księgowości.

§ 31

2. Dział Księgowości:
 - 1) prowadzi księgi rachunkowe na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów,
 - 2) sporządza sprawozdawczość miesięczną, kwartalną i roczną,
 - 3) weryfikuje należności i zobowiązania Instytutu,
 - 4) prowadzi bieżącą analizę gospodarki finansowej Instytutu,
 - 5) prowadzi obsługę kasową i bankową,
 - 6) prowadzi ewidencję środków trwałych i wyposażenia,
 - 7) opracowuje plany i harmonogramy inwentaryzacji,
 - 8) prowadzi inwentaryzację i jej rozliczanie,
 - 9) uczestniczy w pracach Komisji Kasacyjnej,
 - 10) kontroluje oznakowanie składników majątkowych,

- 11) opracowuje i utrzymuje jednolity wykaz procedur diagnostycznych i terapeutycznych stosowanych w Instytucie i określa ich koszty,
- 12) w skład Działu wchodzi:
 - a) Sekcja ds. Majątku Trwałego.

Rozdział XI

Rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 32

1. Instytut prowadzi działalność leczniczą w zakresie:
 - 1) szpitalnych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) ambulatoryjnych świadczeniach zdrowotnych obejmujących specjalistyczną opiekę zdrowotną.
2. Działalność lecznicza w rodzaju szpitalne świadczenia zdrowotne prowadzona jest w następujących jednostkach i komórkach organizacyjnych, które tworzą Zakład leczniczy pn. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc - Szpital w Warszawie:
 - 1) Izba Przyjęć,
 - 2) I Klinika Chorób Płuc, w tym Oddział I, Pracownia Elektrokardiografii, Pracownia Ultrasonografii Naczyniowej i Echokardiografii, Pracownia Holtera,
 - 3) II Klinika Chorób Płuc, w tym Oddział II, Pracownia Snu, Pracownia Badań Czynnościowych,
 - 4) III Klinika Chorób Płuc i Onkologii, w tym Oddział X, Oddział XI Onkologiczny i Oddział XII,
 - 5) Klinika Chirurgii, w tym Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Blok Operacyjny, Pracownia Endoskopii,
 - 6) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 7) Samodzielna Pracownia Rehabilitacji,
 - 8) Zakład Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziorowskiego, w tym Pracownia Spirometrii, Pracownia Mechaniki Oddychania,
 - 9) Zakład Mikrobiologii, w tym Pracownia Diagnostyki Gruźlicy i Mykobakterioz, Pracownia Bakteriologii Ogólnej, Pracownia Monitorowania Chemioterapii Gruźlicy i Pracownia Mikologii,
 - 10) Zakład Patomorfologii, w tym Pracownia Biopsyjna, Pracownia Cytologiczna, Pracownia Immunohistochemiczna, Pro Morte,
 - 11) Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej, w tym Pracownia Genetyki Klinicznej, Pracownia Immunologii Klinicznej, Pracownia Badań Molekularnych z Biorepozytorium,
 - 12) Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin, w tym Pracownia Rentgenodiagnostyki, Pracownia Ultrasonografii, Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Rezonansu Magnetycznego.
3. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne prowadzona jest

w następujących jednostkach i komórkach organizacyjnych, które tworzą Zakład leczniczy pn. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc - Przychodnia Przykliniczna w Warszawie:

- 1) Przychodnia Przykliniczna, w tym:
 - a) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej,
 - b) Poradnia Pulmonologiczna,
 - c) Poradnia Onkologiczna,
 - d) Gabinet zabiegowy,
 - e) Gabinet chirurgiczny,
 - f) Gabinet diagnostyczny,
 - g) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem,
 - h) Gabinet diagnostyczno-zabiegowy DLT.

§ 33

1. W Instytucie świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby spełniające wymagania określone w przepisach prawnych.
2. Czynności i odpowiedzialność osób udzielających świadczeń zdrowotnych określają zakresy obowiązków pracowników.
3. W Instytucie dopuszcza się wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez wolontariuszy.
4. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do przestrzegania praw pacjenta wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i innych aktów prawnych.
5. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów z zastosowaniem systemu informatycznego CliniNet. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określają odrębne przepisy prawne oraz wewnętrzne procedury.

Rozdział XII

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

1. Postanowienia ogólne

§ 34

1. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych, osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w zakresie określonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia, a także innym osobom, na podstawie umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej.

2. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, na zasadach określonych w odrębnych przepisach lub umowach.
3. Jeżeli do udzielenia świadczenia zdrowotnego niezbędne jest zezwolenie sądu opiekuńczego, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny występuje z wnioskiem do Sądu Rejonowego dla Warszawy-Woli ul. Kocjana 3, Wydział VI Rodzinny i Nieletnich.

§ 35

1. Instytut może prowadzić obserwację:
 - 1) pomieszczeń ogólnodostępnych,
 - 2) pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa.
2. Monitoring prowadzony jest za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu bez możliwości rejestracji dźwięku oraz w sposób uwzględniający poszanowanie intymności i godności pacjenta, a przekazywanie obrazu z monitoringu następuje w sposób uniemożliwiający ukazywanie czynności fizjologicznych.
3. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe mogą być przetwarzane wyłącznie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników Instytutu i przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania. Po upływie okresu, o którym mowa powyżej nagrania podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.
4. Jeśli okoliczności wynikające z obrazu mają istotne znaczenie dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego zarejestrowany obraz stanowi podstawę do sporządzenia odpowiednich zapisów w dokumentacji medycznej oraz jest przechowywany wraz z dokumentacją medyczną przez okres równy okresowi jej przechowywania.

§ 36

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez Instytut na podstawie skierowania.
2. Osobom zgłaszającym się do Instytutu, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, świadczenia zdrowotne udzielane są niezwłocznie bez skierowania.
3. Pacjent przyjmowany do Szpitala Instytutu w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
 - 1) dowodem osobistym lub innym dokumentem potwierdzającym tożsamość pacjenta, w którym znajduje się nr PESEL pacjenta,
 - 2) decyzją wójta, burmistrza lub prezydenta o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na kryteria dochodowe w przypadkach wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 3) skierowaniem.
4. W przypadku nie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pacjent zobowiązany jest przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego lub inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych

finansowanych ze środków publicznych, a w przypadku braku takiego dokumentu składa odpowiednie oświadczenie.

5. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust.4, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sposób wskazany powyżej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej jest zobowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to udzielane jest w Szpitalu Instytutu, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych świadczeń.
6. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi powyżej, jednak w okresie nie dłuższym niż jeden rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej, albo złożenie oświadczenia, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia pacjenta z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, albo zwrotu tych kosztów.

§ 37

1. Świadczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej i świadczenia ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia.
2. Kliniki/oddziały i poradnie specjalistyczne w Przychodni Przyklinicznej Instytutu:
 - 1) ustalają kolejność udzielenia świadczenia, wpisując pacjenta na listę oczekujących,
 - 2) informują pacjenta o terminie udzielenia świadczenia,
 - 3) informują pacjenta o zmianie terminu udzielania świadczenia,
 - 4) wpisują datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących.
3. Zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić w przypadku rezygnacji pacjenta, zdarzeń losowych, w przypadku awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia.
4. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń.

§ 38

1. W Instytucie są wykonywane badania diagnostyczne u pacjentów leczonych w Szpitalu Instytutu i Przychodni Przyklinicznej Instytutu oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców na podstawie zawartych umów oraz u osób nie korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Zlecenia wykonania badania diagnostycznego dokonuje się w systemie informatycznym Instytutu.
3. Materiał do badań pobiera uprawniony personel poszczególnych klinik/oddziałów oraz Przychodni Przyklinicznej, przestrzegając wewnętrznych procedur dotyczących sposobu jego pobierania

i transportowania.

4. Przyjmowanie materiałów do badań odbywa się w trybie planowym i pilnym. Godziny przyjmowania materiałów podawane są przez kierowników laboratoriów do wiadomości wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu.
5. Materiał do badania oznaczony jako „pilne” poddaje się badaniom laboratoryjnym w pierwszej kolejności.
6. Szczegółowe zasady zlecenia badań, przygotowania pacjenta oraz pobierania i transportu materiału do badań określają odrębne procedury.
7. Wyniki badań diagnostycznych są przekazywane niezwłocznie do właściwych jednostek lub komórek organizacyjnych Instytutu.

2. Szpitalne świadczenia zdrowotne w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 39

1. Przyjęcia pacjentów do szpitala Instytutu odbywają się całodobowo w Izbie Przyjęć.
2. O przyjęciu do szpitala Instytutu decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć, po ocenie stanu zdrowia i uzyskaniu zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Instytutu bez wyrażenia zgody. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, w uzasadnionych medycznie przypadkach, lekarz zasięga opinii lekarza specjalisty, zatrudnionego przez Instytut.
3. Po zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia szpitalnego powinien być on odprowadzony lub przetransportowany przez pracownika Izby Przyjęć do właściwej kliniki/oddziału w sposób wskazany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć.
4. W przypadku, gdy ze względu na brak miejsc, zakres udzielanych przez Instytut świadczeń lub ze względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez Instytut przyjęty, lekarz po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej, kieruje pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem.
5. Pacjenci niezakwalifikowani do leczenia szpitalnego otrzymują niezbędną pomoc medyczną oraz opis udzielonej porady ambulatoryjnej wraz z zaleceniami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania.
6. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej w zakresie stanu zdrowia pacjenta i podjętych czynności.

§ 40

1. W przypadku przyjęcia do Szpitala Instytutu pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia woli, lekarz Izby Przyjęć lub kliniki/oddziału zawiadamia o tym fakcie osobę bliską w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem informuje osobę wskazaną przez pacjenta lub jego

przedstawiciela ustawowego o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, przeniesieniu pacjenta do innego szpitala lub o śmierci pacjenta.

§ 41

1. Instytut zgłasza na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość - nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.
2. Instytut udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji na podstawie pisemnego wniosku Policji lub na żądanie Policjanta po okazaniu legitymacji służbowej.

§ 42

1. Tożsamość pacjenta przyjmowanego do Szpitala Instytutu jest ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Po ustaleniu tożsamości pacjenta pielęgniarka zaopatruje go przy przyjęciu do Szpitala Instytutu w znak identyfikacyjny umieszczony na opasce identyfikacyjnej.

§ 43

1. Pacjent przyjmowany do Szpitala Instytutu może przekazać Instytutowi swoje rzeczy osobiste, w tym odzież i obuwie, na przechowanie za pokwitowaniem. Rzeczy przechowuje się w Magazynie Rzeczy Pacjentów.
2. Rzeczy wartościowe pacjent może przekazać do depozytu rzeczy wartościowych za pokwitowaniem, które stanowi karta depozytowa podpisana przez pacjenta i pracownika Instytutu przyjmującego rzeczy do depozytu. Rzeczy przechowywane w depozycie wydawane są za pokwitowaniem, na podstawie karty depozytowej pacjentowi, a także innym osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do dysponowania ruchomościami pacjenta.
3. Instytut nie odpowiada za rzeczy wartościowe i pieniądze nie oddane do depozytu.
4. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie niezdolnym do świadomego wyrażenia woli umieszczane są w depozycie rzeczy wartościowych.
5. Pielęgniarka Izby Przyjęć w sprawach przyjmowania, przechowywania, wydawania rzeczy osobistych pacjenta obowiązana jest stosować się do postanowień określonych odrębnymi procedurami.

§ 44

1. Po przyjęciu pacjenta do kliniki/oddziału lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem ustala plan postępowania diagnostyczno-leczniczego.
2. Pacjenci są informowani o głównych założeniach diagnostyki i leczenia oraz o osobach sprawujących

bezpośrednią opiekę nad pacjentem w klinice/oddziale.

3. Pacjenci kierowani na badania diagnostyczne i zabiegi lecznicze są, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub transportowani do miejsca wykonywania badań lub zabiegów.
4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz, jeżeli uzna to za uzasadnione, organizuje, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, konsultację specjalistyczną.
5. Konsultacje specjalistyczne odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
6. Konsultacje prowadzone przez lekarzy niezatrudnionych w Instytucie lub przez inne podmioty lecznicze wymagają uprzedniej zgody Dyrektora lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 45

Koordinatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog, który uczestniczy w operacji pacjenta.

§ 46

1. W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.
2. W salach o wzmożonym nadzorze medycznym podczas udzielania świadczeń zdrowotnych mogą przebywać kobiety i mężczyźni, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie.

§ 47

W porze przeznaczony na posiłki pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba, że zachodzi taka konieczność.

§ 48

1. Zakażenia szpitalne oraz zakażenia szczepami drobnoustrojów wielolekoopornych są zgłaszane na bieżąco do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Podstawą zgłoszenia zakażenia szpitalnego są uzyskane wyniki badań mikrobiologicznych oraz stan kliniczny pacjenta.
2. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych wydaje zalecenia dotyczące zasad postępowania w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego, w porozumieniu z kliniką/oddziałem.
3. Szczegółowe wytyczne postępowania w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego oraz inne dotyczące stanu sanitarno-higienicznego Instytutu określają odrębne procedury epidemiologiczne.

§ 49

1. Pacjent może być przekazany do innej kliniki/oddziału po uzgodnieniu z jej kierownikiem lub lekarzem dyżurnym.
2. Lekarz przekazujący pacjenta do innej kliniki/oddziału wpisuje odpowiednią adnotację w historii choroby. Lekarz, który podjął decyzję o przeniesieniu pacjenta określa warunki transportu.

§ 50

1. Pacjent może być przekazany do innego podmiotu leczniczego po uzgodnieniu przeniesienia z kierownikiem lub lekarzem dyżurnym tego podmiotu.
2. Kierownik kliniki/oddziału lub lekarz dyżurny przekazujący pacjenta do innego podmiotu leczniczego

wpisuje adnotację w historii choroby, do jakiej placówki pacjent został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie. Lekarz, który podjął decyzję o przeniesieniu pacjenta określa warunki transportu.

3. Zakończoną historię choroby przekazuje się do Kancelarii Chorych.

§ 51

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala Instytutu, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Instytucie,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy osoba przebywająca w Instytucie w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala Instytutu osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Instytucie, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony 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. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala Instytutu i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie z Instytutu na własne żądanie jest informowana przez lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu Instytutu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Wypisanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, dotyczące pacjenta, wobec którego jest uprawdopodobnione, że znajduje się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, następuje po uprzednim powiadomieniu osoby bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o dacie i godzinie planowanego wypisu, jeżeli osoba bliska jest znana.

§ 52

1. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem.
2. O terminie wypisania ze Szpitala Instytutu pacjenta małoletniego lub pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia woli lekarz prowadzący informuje przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Wypisanie pacjenta może nastąpić tylko w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
3. Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem wydaje pacjentowi kartę informacyjną. Lekarz wydając kartę informacyjną przedstawia pacjentowi, a w przypadkach wskazanych w ust. 2 także przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu dalsze zalecenia lekarskie. Karta informacyjna powinna być podpisana przez lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem.
4. W dniu wypisu pacjent zobowiązany jest do opuszczenia łóżka w godzinach przedpołudniowych. W dniu

wypisu pacjentowi przysługuje wyłącznie jeden posiłek – śniadanie.

5. Szczegółowe zasady postępowania przy wypisie pacjenta określa wewnętrzna procedura.

§ 53

Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera w wyznaczonym terminie małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, Instytut zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie jej do miejsca zamieszkania.

§ 54

Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie z Instytutu, ponosi koszty pobytu w Szpitalu Instytutu począwszy od dnia następnego po dniu planowanego wypisania ze szpitala, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w odrębnych przepisach. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor lub Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa na wniosek kierownika kliniki/oddziału.

3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 55

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są przez lekarzy specjalistów w Poradniach wchodzących w skład Przychodni Przyklinikcznej.
2. W Przychodni Przyklinikcznej w miejscu ogólnie dostępnym, umieszczone są informacje:
 - 1) o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
 - 2) o sposobie rejestracji,
 - 3) o dniach i godzinach pracy lekarzy specjalistów, z podaniem ich nazwisk.

§ 56

1. Lekarze przyjmujący w Przychodni Przyklinikcznej Instytutu są zobowiązani do konsultowania pacjentów ambulatoryjnych oraz hospitalizowanych w Instytucie, w zakresie swojej specjalności.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skierowanie nie jest wymagane:
 - 1) do Poradni Onkologicznej,
 - 2) od osób chorych na gruźlicę,
 - 3) od osób, które na podstawie odrębnych przepisów uprawnione są do świadczeń opieki zdrowotnej bez skierowania.

§ 57

1. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
2. Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście, telefonicznie lub za pomocą internetowego

modułu rejestracyjnego.

3. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń.
4. Pacjent zgłaszający się do Przychodni Przyklinicznej powinien posiadać:
 - 1) skierowanie,
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta, w którym w szczególności znajduje się nr PESEL pacjenta,
 - 3) decyzję wójta, burmistrza lub prezydenta o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na kryteria dochodowe w przypadkach wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 4) wskazane jest posiadanie aktualnego (z ostatnich 6 miesięcy) badania radiologicznego klatki piersiowej.
5. W przypadku konsultacji ambulatoryjnych na rzecz pacjentów hospitalizowanych poza Instytutem świadczenia udzielane są na koszt podmiotu leczniczego kierującego pacjenta na konsultację. Zobowiązanie do pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych musi być zawarte w skierowaniu na konsultację pacjenta.

§ 58

1. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz w Przychodni Przyklinicznej wydaje skierowanie:
 - 1) na badania diagnostyczne,
 - 2) do leczenia stacjonarnego w Instytucie,
 - 3) do leczenia w innym podmiocie leczniczym.
2. Świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów hospitalizowanych poza Instytutem udzielane są na koszt podmiotu leczniczego kierującego pacjenta na konsultację. Zobowiązanie do pokrycia kosztów świadczenia zdrowotnego musi być zawarte w skierowaniu pacjenta.

Rozdział XIII

Warunki współdziałania w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 59

1. Warunki współdziałania jednostek lub komórek organizacyjnych Instytutu w zakresie zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym polegają w szczególności na:
 - 1) wzajemnej współpracy w celu zapewnienia sprawnego i kompleksowego udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) konsultacjach lekarzy danej specjalności w oddziałach o innym profilu,
 - 3) przenoszeniu pacjentów pomiędzy oddziałami, o ile jest to uzasadnione tokiem leczenia,

- 4) współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi w przypadku zdarzeń masowych i innych zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta, w oparciu o obowiązujące procedury w tym zakresie.

§ 60

1. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych polegają w szczególności na:
 - 1) współpracy z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
 - 2) stosowaniu wytycznych i zaleceń organów administracji państwowej dotyczących zasad postępowania w przedmiocie działalności Instytutu.
2. Instytut może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
3. W przypadku braku możliwości prowadzenia bądź kontynuowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Instytucie, celem zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia oraz ciągłości i skuteczności postępowania, Instytut współdziała z innymi podmiotami leczniczymi.
4. Zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi są uregulowane przepisami prawa oraz umowami zawartymi z tymi podmiotami.
5. Wykonywanie badań, konsultacji lub zabiegów poza Instytutem wymaga uprzednio uzyskania zgody Dyrektora lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Rozdział XIV

Prawa i obowiązki pacjenta Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 61

1. W Instytucie przestrzega się praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych aktach prawnych.
2. Prawa pacjenta Instytutu umieszczone są w widocznym miejscu na tablicach informacyjnych w Izbie Przyjęć, klinikach/oddziałach oraz w Przychodni Przyklinicznej.
3. Pacjenci leczeni w Szpitalu Instytutu mogą korzystać z:
 - 1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną,
 - 2) obrzędów religijnych wyznania rzymsko-katolickiego odbywających się w Kaplicy Instytutu w wyznaczonych godzinach,
 - 3) kontaktu z przedstawicielami innych wyznań religijnych; szczegółowych informacji udziela pielęgniarka kliniki/oddziału,

- 4) bufetu gastronomicznego oraz punktów usługowych w wyznaczonych godzinach.
4. Kierownik kliniki/oddziału może zezwolić na indywidualną opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem sprawowaną przez osobę wskazaną przez pacjenta.
5. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę wskazaną przez pacjenta nie może naruszać praw pozostałych pacjentów.

§ 62

1. Zasady obowiązujące podczas pobytu pacjenta w Szpitalu:
 - 1) Informacji o stanie zdrowia pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta udziela lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem lub Kierownik Kliniki/Oddziału, w uzasadnionych przypadkach lekarz dyżurny.
 - 2) Informacje o pacjentach mogą być udzielane telefonicznie, po wcześniejszym ustaleniu tożsamości rozmówcy i uprawnień do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta.
 - 3) Cisza nocna obowiązuje w godzinach 22.00 – 6.00.
 - 4) Przebywając w Klinice/Oddziale pacjent nie może przyjmować żadnych leków i suplementów diety bez wiedzy i zgody lekarza.
 - 5) Pacjent nie może opuszczać terenu Instytutu. Samowolne opuszczenie Instytutu przez pacjenta jest równoznaczne z odmową pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Instytucie.
 - 6) Pacjent w okresie hospitalizacji w Instytucie nie może korzystać w innych zakładach leczniczych ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 - 7) Każdy pacjent jest odpowiedzialny za sprzęt i rzeczy powierzone mu na okres pobytu w Instytucie. Za szkody powstałe z winy pacjenta może on zostać obciążony przez Instytut rzeczywistym kosztem pokrycia tych szkód.
 - 8) Pacjent może oddać do depozytu Instytutu – za pokwitowaniem – przedmioty wartościowe. Depozyt oddawany jest pacjentowi za okazaniem pokwitowania. Personel nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i pieniądze pozostawiane na salach chorych i nie oddane do depozytu Instytutu. W sytuacjach wyjątkowych pacjent może przekazać rzeczy wartościowe na przechowanie pielęgniarce oddziałowej.
 - 9) Ilość artykułów (rzeczy osobistych, artykułów żywnościowych, napojów, środków higieny osobistej, itp.) powinna być ograniczona do niezbędnego minimum - wszystkie artykuły powinny zmieścić się w szafce przyłóżkowej pacjenta.
 - 10) Ze względu na specyfikę Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii pacjent może posiadać wyłącznie osobiste przybory toaletowe. Nie ma możliwości przechowywania produktów żywnościowych w szafkach pacjentów. Pacjent może posiadać płyny w łącznej objętości nie przekraczającej 1,5 l.
 - 11) W Instytucie obowiązuje zakaz wchodzenia na teren szpitala w stanie nietrzeźwym, wnoszenia i spożywania alkoholu, palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów

tytoniowych oraz papierosów elektronicznych, przyjmowania środków odurzających.

- 12) Z uwagi na bezpieczeństwo epidemiologiczne, pacjenci i odwiedzający nie mogą samodzielnie korzystać z kuchenki oddziałowej.
- 13) Korzystanie z prywatnego sprzętu audio-video może odbywać się za zgodą personelu i pacjentów na sali chorych. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia wniesionego przez pacjenta sprzętu obciąża pacjenta.
- 14) W dniu wypisu pacjent jest zobowiązany do opuszczenia łóżka w godzinach przedpołudniowych.
- 15) Instytut zapewnia pacjentom posiłki podawane przez pracowników Instytutu w godzinach: śniadanie 8.00-8.30, obiad 12.30-13.00, kolacja 17.00-17.30. W przypadku zlecenia diety przez lekarza może być stosowany inny rozkład posiłków.
- 16) Korzystając z usług Szpitala Instytutu pacjent ma obowiązek:
 - a) Stosowania się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek oraz innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
 - b) Przestrzegania wymogów sanitarnych i epidemiologicznych wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
 - c) Obecności w sali w porze obchodów lekarskich i zabiegów pielęgniarskich (szczegółowych informacji udzielają pielęgniarki).
 - d) Nie zamieniania samodzielnie przydzielonego łóżka i sali chorych.
 - e) Nie zakłócania spokoju innym pacjentom.
 - f) Odnoszenia się życzliwie i kulturalnie do innych osób.
 - g) Dbania o higienę osobistą.
 - h) Utrzymywania ładu i porządku w miejscu pobytu.
 - i) Przestrzegania zaleceń dotyczących poruszania się po Instytucie, korzystania z urządzeń, oraz zasad bezpieczeństwa p/pożarowego.
 - j) Przestrzegania zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych na terenie Instytutu.
 - k) Dbania o mienie szpitalne oddane do użytku podczas pobytu w Instytucie.
 - l) Nie przechowywania łatwo psujących się produktów żywnościowych poza lodówką.

§ 63

1. Pacjenci przebywający w klinikach/oddziałach mają prawo do odwiedzin codziennie. Zaleca się, aby odwiedziny pacjentów odbywały się od godziny 15.00 do godziny 20.00, z wyłączeniem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Odwiedziny pacjentów powinny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy klinik/oddziałów oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów.
3. Zasady pobytu pacjentów i odwiedzin w klinikach/oddziałach oraz odrębnie w Oddziale Anestezjologii

i Intensywnej Terapii ustala Dyrektor. Informacje te podaje się do wiadomości pacjentów na tablicach informacyjnych.

4. Z przyczyn epidemiologicznych Dyrektor może ograniczyć odwiedziny w oddziałach szpitalnych. Szczegółowe zasady określa w odrębnym zarządzeniu.

§ 64

1. Pacjent ma prawo złożyć skargę lub wniosek do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. W Izbie Przyjęć, klinikach/oddziałach oraz rejestracji Przychodni Przyklinicznej znajduje się Książka skarg i wniosków, która jest dostępna w każdym czasie dla pacjentów.
3. Szczegółowy tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg lub wniosków pacjentów określa odrębna procedura.
4. W Izbie Przyjęć, klinikach/oddziałach oraz w rejestracji Przychodni Przyklinicznej, w widocznym miejscu, znajduje się informacja dla pacjentów o możliwości złożenia skargi lub wniosku osobiście, ze wskazaniem osób przyjmujących oraz informacja o możliwości złożenia skargi lub wniosku do Książki skarg i wniosków.

Rozdział XV

Postępowanie w razie śmierci pacjenta w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 65

1. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w historii choroby dzień i godzinę zgonu, numer statystyczny przyczyny śmierci, informację o wykonaniu lub odstąpieniu od wykonania sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji oraz wystawia kartę zgonu.
2. Po stwierdzeniu zgonu lekarz niezwłocznie zawiadamia o śmierci pacjenta osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
3. Kartę zgonu wydaje się osobie uprawnionej do pochowania zwłok.
4. Lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem przekazuje do Kancelarii Chorych zakończoną historię choroby zmarłego pacjenta.

§ 66

1. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, pielęgniarka:
 - 1) wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni,
 - 2) zabezpiecza rzeczy pacjenta oraz sporządza ich spis,
 - 3) zakłada na przegub dłoni lub stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z kartą przewożone są do chłodni.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności umożliwiających oznaczenie tożsamości.

§ 67

1. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od stwierdzenia zgonu. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni, zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
2. Transport zwłok przeprowadzany jest przez pracowników Zakładu Patomorfologii lub innych, wyznaczonych pracowników z zachowaniem szacunku należnego zmarłemu.

§ 68

1. Zwłoki osoby zmarłej przechowywane są w chłodni nie dłużej niż 72 godziny od stwierdzenia zgonu.
2. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane dłużej niż 72 godzin, jeżeli:
 - a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne niż wymienione wyżej ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
3. Jeżeli zwłoki osoby zmarłej przechowywane są dłużej niż 72 godziny Instytut pobiera opłaty z wyjątkiem przypadku wskazanego w ust. 2 lit. b.
4. Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta zmarłego w Instytucie określa załącznik nr 3.

§ 69

Wyznaczeni pracownicy Zakładu Patomorfologii są obowiązani do umycia, ubrania i wydania zwłok osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie szacunku należnego osobie zmarłej.

§ 70

1. Zwłoki osoby zmarłej w Instytucie mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Instytutu, a także w innych przypadkach wskazanych w ustawie o działalności leczniczej.
2. Kierownik właściwej kliniki/oddziału lub zastępujący go lekarz zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok.
3. Zwłoki osoby, która zmarła w Instytucie nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia z wyłączeniem przypadków, gdy przeprowadzenia sekcji zwłok wymagają obowiązujące przepisy.
4. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
5. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik właściwej kliniki/oddziału lub zastępujący go lekarz.
6. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 3 sporządza się adnotację w dokumentacji

medycznej i załącza do historii choroby sprzeciw osoby zmarłej w Instytucie lub jej przedstawiciela ustawowego.

§ 71

Pozostałe zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta określa wewnętrzna procedura.

Rozdział XVI

Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 72

1. Za udostępnianie przez Instytut dokumentacji medycznej oraz udzielenie informacji zakładom ubezpieczeń o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osoby na rzecz, której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, Instytut pobiera opłatę w wysokości określonej w **załączniku nr 4**.
2. Opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się:
 - a) od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - b) od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
 - c) od Agencji Badań Medycznych,
 - d) w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych,
 - e) w związku z postępowaniem prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych,
 - f) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 1.
3. Opłaty, o których mowa w ust. 1 uprawniony podmiot uiszcza na podstawie faktury lub paragonu fiskalnego wystawionego przez Dział Księgowości w Kasie Instytutu lub przelewem na rachunek bankowy Instytutu.

Rozdział XVII

Opłaty za udzielenie świadczenia zdrowotnego w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 73

1. Za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, Instytut pobiera opłaty.
2. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie Instytut wystawia rachunek, w którym na wniosek pacjenta wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

3. Rachunek, o którym mowa w ust. 2, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat w Cenniku świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, który stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
4. Instytut nie różnicuje opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.

§ 74

1. Od pacjenta, który nie posiada prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pielęgniarka Izby Przyjęć odbiera Oświadczenie, którego wzór określono w odrębnym zarządzeniu oraz pobiera zaliczkę w wysokości 300,00 złotych przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego przez lekarza Izby Przyjęć.
2. Pacjent nie posiadający prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych winien przed przyjęciem do szpitala Instytutu wpłacić zaliczkę w wysokości 3,500,00 złotych na poczet kosztów leczenia.
3. Rozliczenie rzeczywistych kosztów leczenia (z uwzględnieniem wpłaconej zaliczki) następuje po zakończeniu udzielania świadczenia zdrowotnego, w terminie nie dłuższym niż 30 dni.
4. Opłatę za świadczenia zdrowotne udzielone w szpitalu Instytutu wnosi się na rachunek bankowy Instytutu lub w kasie Instytutu na podstawie faktury VAT wystawionej przez Instytut, w terminie 14 dni od dnia otrzymania faktury.
5. Dział ds. Ewidencji i Rozliczeń Świadczeń Medycznych na podstawie informacji przekazanych przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego Izby Przyjęć przygotowuje zestawienie określające wartość udzielonych świadczeń zdrowotnych i przekazuje je do Działu Księgowości w celu wystawienia faktury VAT pacjentom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń.
6. Zobowiązuje się lekarzy prowadzących do przekazywania do Działu ds. Ewidencji i Rozliczenia Świadczeń Medycznych informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjentom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych wraz z datą wypisu pacjenta.

§ 75

1. Świadczenia ambulatoryjne, w tym w zakresie diagnostyki laboratoryjnej pacjentom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń, udziela się wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza oraz po zapłaceniu ceny świadczenia w kasie Instytutu na podstawie polecenia zapłaty, wydanego przez wyznaczonego pracownika Przychodni Przykliniknej.
2. Świadczenia ambulatoryjne w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej pacjentom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń, udziela się wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza oraz po zapłaceniu ceny świadczenia w kasie Instytutu na podstawie polecenia zapłaty wydanego przez odpowiednią Pracownię diagnostyczną.

Rozdział XVIII

Inne postanowienia Regulaminu w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

§ 76

1. Obieg dokumentów w Instytucie określają przepisy zawarte w Instrukcji Kancelaryjnej, a w innych sprawach obowiązują zarządzenia Dyrektora.
2. Porządek wewnętrzny w Instytucie oraz szczegółowe zasady dotyczące praw i obowiązków pracowników regulują przepisy Regulaminu Pracy, Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy oraz wewnętrzne procedury.

§ 77

1. Dokumenty o podstawowym znaczeniu dla działalności Instytutu podpisuje jednoosobowo Dyrektor lub właściwy Zastępca Dyrektora w zakresie udzielonego pełnomocnictwa.
2. Przez dokumenty o podstawowym znaczeniu dla działalności Instytutu rozumie się:
 - 1) zarządzenia, decyzje, procedury, polecenia służbowe i komunikaty,
 - 2) wszelkie pisma i inne dokumenty dotyczące planów perspektywicznych, wieloletnich, rocznych, kwartalnych i miesięcznych Instytutu oraz sprawozdania,
 - 3) dokumenty dotyczące spraw osobowych,
 - 4) dokumenty dotyczące struktury organizacyjnej Instytutu,
 - 5) pisma adresowane do organów administracji państwowej, samorządu terytorialnego, instancji związkowych oraz do prasy, radia i telewizji,
 - 6) pisma dotyczące wyjazdów za granicę i zaproszenia z zagranicy pracowników naukowych i innych,
 - 7) harmonogramy i kosztorysy prac naukowych,
 - 8) inne pisma, sprawozdania, informacje zastrzeżone przez Dyrektora do jego podpisu,
 - 9) odpowiedzi na skargi i wnioski pracowników, instytucji oraz osób fizycznych z zewnątrz.
3. Pisma zastrzeżone do podpisu przez Dyrektora powinny być przed przedłożeniem ich do podpisu parafowane na ostatniej stronie kopii przez przedmiotowo właściwego Zastępcę Dyrektora lub kierownika jednostki/komórki organizacyjnej.
4. Kierownicy pionów organizacyjnych (Zastępcy Dyrektora, Główny Księgowy) podpisują korespondencję pod swoimi pieczętkami w zakresie uprawnień i kompetencji udzielonych im przez Dyrektora, z zastrzeżeniem przepisów zawartych w ust.1.
5. Przepisy szczególne określają, w których przypadkach w stosunkach cywilnoprawnych oraz rozliczeniach finansowych wymagane są dwa podpisy upoważnionych osób.
6. Wszelkie umowy i inne dokumenty o charakterze zobowiązaniowym, powodującym skutki finansowe (z wyjątkiem umów o pracę), przed ich podpisaniem przez osoby uprawnione, wymagają parafowania przez właściwego Zastępcę Dyrektora i Głównego Księgowego.

7. Wszelkie pisma, nie wymienione wyżej, powinny być także parafowane, przez kierownika właściwej jednostki lub komórki organizacyjnej oraz przez bezpośredniego pracownika załatwianej sprawy.

§ 78

Zezwolenie na udostępnienie danych liczbowych, informacji i innych materiałów służbowych na zewnątrz Instytutu udziela Dyrektor, a w razie jego nieobecności Zastępcy Dyrektora, każdy w zakresie swoich kompetencji w pionie organizacyjnym.

Spis załączników:

Załącznik nr 1 Schemat organizacyjny Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Załącznik nr 2 Regulamin Organizacyjny Oddziału Terenowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju

Załącznik nr 3 Opłaty za przechowywanie zwłok w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Załącznik nr 4 Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Załącznik nr 5 Cennik świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

DYREKTOR
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

dr hab. n. med. Stefan Wesolowski