

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Dyrektora nr 30/2026 z dnia 30 kwietnia 2026 r.

DYREKTOR
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji w Warszawie
Izabela Marcewicz-Jendrysiak

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

im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

tekst jednolity zawiera zmiany wprowadzone:

- Zarządzeniem Dyrektora nr 38/2025 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 41/2025 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 57/2025 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 62/2025 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 64/2025 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 11/2026 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 12/2026 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 23/2026 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,
- Zarządzeniem Dyrektora nr 30/2026 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego,

Warszawa, dnia 26 maja 2025 r.

Spis treści

ROZDZIAŁ I	3
Postanowienia ogólne	3
ROZDZIAŁ II	3
Struktura zarządzania	3
ROZDZIAŁ III	6
Organizacja zarządzania	6
ROZDZIAŁ IV	8
Ogólny zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora i jego zastępców	8
ROZDZIAŁ V	16
Zakres i zadania komórek organizacyjnych	16
ROZDZIAŁ VI	43
Zasady współpracy i inne postanowienia regulaminu	43
ROZDZIAŁ VII	45
Podmiot leczniczy	45

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, zwany dalej „Instytutem” działa na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”;
 - 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.);
 - 3) ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r., poz. 2024 z późn. zm.);
 - 4) innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - 5) Statutu;
 - 6) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
2. Niniejszy Regulamin Organizacyjny określa:
 - 1) strukturę organizacyjną Instytutu, zakresy i tryb działania komórek organizacyjnych oraz zadania i obowiązki osób zajmujących w Instytucie stanowiska samodzielne i kierownicze;
 - 2) organizację i zadania poszczególnych pionów organizacyjnych, zakresy i tryb działania poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz ogólne zasady współpracy pomiędzy tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania Instytutu pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.
 - 3) Strukturę organizacyjną ilustruje schemat organizacyjny Instytutu stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

ROZDZIAŁ II

Struktura zarządzania

§ 2.

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

§ 3.

2. Dyrektor kieruje całokształtem działalności Instytutu, a w szczególności:
 - 1) ustala, po zasięgnięciu opinii rady naukowej:
 - a) plan działalności Instytutu,
 - b) kierunkowe plany tematyczne badań naukowych i prac rozwojowych;

- 2) realizuje politykę kadrową;
 - 3) reprezentuje Instytut;
 - 4) zarządza mieniem i odpowiada za wykorzystanie mienia Instytutu na realizację zadań statutowych, zgodnie z zasadami legalności, rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności;
 - 5) odpowiada za wyniki działalności naukowej i badawczo rozwojowej Instytutu;
 - 6) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem spraw należących do zakresu działania Rady Naukowej;
 - 7) po zaopiniowaniu przez Radę Naukową, ustala regulamin zarządzania prawami autorskimi i prawami pokrewnymi oraz prawami własności przemysłowej oraz zasad komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych;
 - 8) jako osoba odpowiedzialna za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, o którym mowa w ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, przeprowadza analizę przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych;
 - 9) zapewnia zasoby i informacje niezbędne do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 10) opracowuje dokumenty określające zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.
- 1a) Dyrektor może powierzyć wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 8–10, w całości lub w części Zastępcom Dyrektora, Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości, kierownikom komórek organizacyjnych albo innym upoważnionym pracownikom, bez uszczerbku dla odpowiedzialności Dyrektora jako osoby odpowiedzialnej za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.
2. Dyrektor zarządza Instytutem przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych;
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych;
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych;
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych;
 - 5) Naczelnej Pielęgniarki;
 - 6) Głównego Księgowego;
 - 7) pełnomocników powoływanych do realizacji określonych zadań;
 - 8) kierowników komórek organizacyjnych i pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy.
 3. 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.
 4. Kierowników komórek organizacyjnych prowadzących badania naukowe lub prace rozwojowe, w tym kierowników klinik, zakładów i oddziałów zatrudnia Dyrektor, spośród kandydatów wyłonionych w drodze konkursu po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej. Kadencja trwa 6 lat. W przypadku pozytywnej oceny pracy Dyrektor, po zasięgnięciu opinii

Rady Naukowej, może przedłużyć pełnienie funkcji na kolejne kadencje. Sposób i tryb działania komisji konkursowej reguluje zarządzenie Dyrektora.

5. Zastępcy Dyrektora kierują działalnością w powierzonym im zakresie spraw przy udziale podporządkowanych im bezpośrednio komórek organizacyjnych w granicach umocowania ustalonego przez Dyrektora.
6. Dyrektora podczas jego nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych lub inny wyznaczony przez niego Zastępca, bądź upoważniony kierownik komórki.
7. Dyrektor może powołać kolegium jako swój organ opiniotawczo-doradczy. Członków kolegium powołuje i odwołuje Dyrektor.

§ 4.

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

§ 5.

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

§ 6.

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

§ 7.

1. Dyrektor może powołać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas ich umocowania.
2. Oprócz pełnomocników, o których mowa w ust. 1, Dyrektor może powołać pełnomocników do dokonywania określonych czynności.

3. Powołani przez Dyrektora pełnomocnicy mogą podlegać Dyrektorowi bezpośrednio lub wskazanemu Zastępcy Dyrektora.

ROZDZIAŁ III

Organizacja zarządzania

§ 8.

1. Struktura organizacyjna Instytutu, odpowiadająca przedmiotowi i zakresowi działania, obejmuje:
 - 1) komórki działalności naukowej i leczniczej: zakłady, kliniki, oddziały, samodzielne pracownie, bibliotekę, pracownie oraz przychodnie specjalistyczne, poradnie i laboratoria diagnostyczne;
 - 2) komórki działalności administracyjno-gospodarczej, technicznej, obsługi, działy, sekcje, samodzielne stanowiska pracy.
2. W strukturze organizacyjnej pionu Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych wyodrębnia się zakłady lecznicze, o których mowa w § 32.

§ 9.

1. Zakład (samodzielna pracownia) jest podstawową komórką organizacyjną naukowo-badawczą Instytutu, utworzoną i wyposażoną w niezbędne środki techniczne dla prowadzenia wyodrębnionej i jednorodnej lub pokrewnej problematyki naukowo-badawczej w zakresie działalności statutowej zapewniająca klinikom działalność usługowo-badawczą.
2. Zakładem (samodzielną pracownią) kieruje kierownik powołany przez Dyrektora podlegający służbowo bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych lub Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych, o ile niniejszy Regulamin Organizacyjny nie stanowi inaczej.
3. W zakładzie mogą być tworzone pracownie jako komórki organizacyjne, obejmujące część przedmiotu naukowo-badawczego zakładu.
4. Pracownią w zakładzie kieruje kierownik powołany przez Dyrektora na wniosek kierownika zakładu.
5. Kierownicy zakładów (samodzielnych pracowni) naukowo-badawczych kierują całokształtem działalności zakładu (samodzielnej pracowni), w szczególności:
 - 1) opracowują projekty planów prac naukowo-badawczych zakładu;
 - 2) kierują pracami związanymi z realizowaniem tematów naukowo-badawczych w zakładzie, udzielają konsultacji merytorycznych metodycznych referentom tematów oraz bieżąco współpracują i kontrolują przebieg realizacji tematu (zadania);
 - 3) opracowują sprawozdania z wykonania prac naukowo-badawczych przez zakład;
 - 4) inicjują wykorzystanie wyników prac naukowo-badawczych;
 - 5) prowadzą własne prace naukowo-badawcze i uczestniczą w pracach zespołowych grup problemowych;

- 6) prowadzą działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
 - 7) organizują seminaria i dyskusje na wybrane tematy związane z problematyką badawczą zakładu;
 - 8) wykonują inne funkcje i czynności powierzone im przez Dyрекcję Instytutu.
6. W zakładzie (samodzielnej pracowni) zatrudnieni są:
- 1) pracownicy naukowci;
 - 2) pracownicy badawczo-techniczni;
 - 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni,
 - 4) pracownicy wykonujący zawody medyczne;
 - 5) pracownicy administracyjno-ekonomiczni;
 - 6) pracownicy obsługi.
7. W ramach Instytutu mogą być powołane specjalne międzyzakładowe zespoły badawcze dla wykonania wspólnie określonych prac naukowo-badawczych lub rozwiązania konkretnych problemów badawczych.

§ 10.

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

6. W klinice (oddziale) zatrudnieni są:
- 1) pracownicy naukowi;
 - 2) pracownicy badawczo-techniczni;
 - 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni,
 - 4) pracownicy wykonujący zawody medyczne;
 - 5) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
 - 6) pracownicy obsługi.

§ 11.

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

ROZDZIAŁ IV

Ogólny zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora i jego zastępców

§ 12.

1. Dyrektorowi podporządkowane są bezpośrednio następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Dział Kadr i Płac;
 - 2) Dział Prawny;
 - 3) Samodzielne stanowiska:
 - a) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
 - b) Inspektor Ochrony Danych;
 - 4) Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta;
 - 5) Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości;
 - 6) Pełnomocnik Dyrektora ds. Komunikacji;
 - 7) Pełnomocnik Dyrektora ds. Kształcenia Interdyscyplinarnego;
 - 8) Rzecznik Prasowy;
 - 9) Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
2. Podstawowy zakres działania Dyrektora jako organu Instytutu określony został w § 3 ust. 1.
3. Czynności z zakresu obsługi prawnej Dyrektora, Zastępców Dyrektora i pozostałych komórek organizacyjnych Instytutu wykonuje radca prawny zatrudniony w Instytucie oraz zewnętrzna kancelaria prawna.

§ 13.

1. **Zastępca Dyrektora ds. Naukowych** kieruje w imieniu Dyrektora powierzonym mu całokształtem spraw w pionie nauki instytutu związanych z prowadzeniem prac naukowych, badawczych oraz dydaktycznych i jest za nie odpowiedzialny.
2. Do kompetencji Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych należy w szczególności:
 - 1) planowanie, koordynowanie, organizowanie i kontrolowanie zadań i prac związanych z działalnością naukowo-badawczą oraz dydaktyczną Instytutu, dotyczących w szczególności wiodących kierunków i problemów działalności Instytutu;
 - 2) śledzenie rozwoju nauk związanych z działalnością naukową i badawczą Instytutu w kraju i za granicą oraz opiniowanie i inicjowanie prac związanych z postępem nauki i techniki w zakresie tej działalności;
 - 3) współpraca z klinikami uniwersytetów medycznych i instytutów badawczych na terenie całego kraju w zakresie zagadnień związanych z działalnością naukową i badawczą oraz dydaktyczną Instytutu;
 - 4) współpraca z PAN, szkołami wyższymi, instytutami badawczymi i innymi placówkami oraz stowarzyszeniami naukowymi i zawodowymi w kraju, a także współpraca i utrzymywanie łączności z organizacjami i instytucjami naukowymi;
 - 5) współpraca z zagranicą;
 - 6) opracowywanie projektów planów naukowych Instytutu oraz rocznych sprawozdań z jego działalności naukowej i badawczej w terminach ustalonych właściwymi zarządzeniami;
 - 7) nadzór nad prowadzoną w Instytucie działalnością dydaktyczną;
 - 8) opracowywanie i przedstawianie Dyrektorowi wniosków dot. pracowników naukowo-badawczych w sprawie m.in. nadania stopni i tytułu naukowego, wyjazdów na szkolenia i zjazdy, nagród za działalność naukową itp.;
 - 9) opracowywanie planów wyjazdów naukowych i szkoleniowych zwłaszcza za granicę, nadzorowania ich realizacji i dokonywania okresowej oceny pod względem korzyści dla działalności naukowej, dydaktycznej i usługowej;
 - 10) nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji naukowych i zawodowych pracowników pionu naukowego oparty o okresowe analizy działalności naukowej z uwzględnieniem wpływu na rozwój osobisty, uczestnictwo w zjazdach, sympozjach oraz innych formach szkolenia w kraju i za granicą;
 - 11) nadzór nad organizowaniem sympozjów konferencji i zebrań
 - 12) zapewnienie bieżącego nadzoru nad prawidłowym przebiegiem procesu wydawniczego czasopisma „Reumatologia”
 - 13) sprawowanie kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych podporządkowane są bezpośrednio następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Biuro Naukowe;
 - a) Biblioteka Naukowa;
 - 2) Centrum Wsparcia Badań Klinicznych;
 - 3) Biuro Projektów Naukowych;

- 4) Zakład Dydaktyki;
- 5) Zakład Patofizjologii i Immunologii;
- 6) Zakład Biologii Molekularnej;
- 7) Zakład Psychogeriatry;
- 8) Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego;
- 9) Redakcja Czasopisma „Reumatologia”.
- 10) Regionalne Centrum Medycyny Cyfrowej;
- 11) Biobank.

§ 14.

1. **Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych** kieruje w imieniu Dyrektora pionem lecznictwa i całokształtem spraw i działalności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych należy w szczególności:
 - 1) opiniowanie wniosków zgłaszanych przez kierowników komórek organizacyjnych pionu lecznictwa, a dotyczących spraw osobowych, zaopatrzenia i zakupów oraz remontów i adaptacji pomieszczeń;
 - 2) rejestracja wniosków w zakresie zmian struktury organizacyjnej pionu klinicznego;
 - 3) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej;
 - 4) nadzór nad zaopatrzeniem w leki, w krew i środki krwiopochodne, w sprzęt i narzędzia lekarskie oraz nad gospodarką tymi przedmiotami, opracowywaniem oraz aktualizacją receptariusza Instytutu;
 - 5) nadzór nad obłożeniem łóżek, przyjmowaniem na leczenie i wypisywaniem chorych oraz związanych z tym opracowywaniem procedur i ich ekonomią;
 - 6) opiniowanie regulaminów porządkowych dla chorych, osób odwiedzających oraz personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego;
 - 7) nadzór nad obsadzaniem dyżurów lekarskich oraz przekazywanie informacji o harmonogramach dyżurów do Działu Koordynującego Ruch Pacjenta (DKRP);
 - 8) nadzorowanie lekarzy odbywających specjalizację w klinikach;
 - 9) nadzór nad wydawaniem opinii lekarskich dla sądów i prokuratur;
 - 10) sprawowanie kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem;
 - 11) współpraca w przygotowaniu dokumentacji ofertowej na świadczenie usług medycznych, nadzór nad opracowywaniem ofert, prowadzenie negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - 12) kontrola i nadzór nad wykonaniem umów o świadczenia zdrowotne;
 - 13) przedstawianie innych niewymienionych, niezbędnych do funkcjonowania lecznictwa wniosków;
 - 14) w sytuacji wystąpienia nagłych zagrożeń, skutkujących zwiększoną liczbą pacjentów, nadzór nad zwiększeniem obsady etatowej do rozmiarów gwarantujących jej właściwy poziom pracy;
 - 15) organizowanie oceny nowych leków przeciwreumatycznych.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych podporządkowane są następujące komórki organizacyjne:

- 1) Klinika Reumatologii Dziecięcej;
- 2) Klinika Reumatologii;
- 3) Klinika Układowych Chorób Tkanki Łącznej;
- 4) Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów;
- 5) Klinika Reumoortopedii;
- 6) Klinika Neuroortopedii i Neurologii;
- 7) Klinika Rehabilitacji;
- 8) Klinika Geriatrii z Pododdziałem Rehabilitacji Oddechowej;
- 8a) (uchylony);
- 9) Zakład Anestezjologii;
- 10) Centralne Laboratorium Kliniczne;
- 11) Pracownia Patomorfologii;
- 12) Zakład Radiologii;
- 13) Zakład Otorynolaryngologii;
- 13a) Zakład Nieinwazyjnej Diagnostyki Kardiologicznej;
- 13b) Zakład Schorzeń Narządu Ruchu;
- 14) Apteka;
- 15) Zespół Poradni;
- 16) Blok Operacyjny;
- 17) Punkt Przyjęć Planowych;
- 18) Konsultanci medyczni;
- 19) Ośrodek Terapii Biologicznej;
- 20) Ośrodek Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów (KOWZS);
- 21) Pracownia Kapilaroskopii;
- 22) Pracownia EMG;
- 23) Pracownia Echokardiografii (ECHO);
- 24) Dział Koordynujący Ruch Pacjenta (DKRP).

§ 15.

1. **Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych** kieruje w imieniu Dyrektora sprawami związanymi z działalnością Instytutu w zakresie: administracji, archiwum, zaopatrzenia eksploatacji budynków i terenów, remontów, inwestycji, bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należą w szczególności sprawy:
 - 1) zaopatrzenia materiałowo-technicznego;
 - 2) gospodarki materiałami, aparaturą i urządzeniami;
 - 3) gospodarki budynkami, pomieszczeniami i terenem Instytutu;
 - 4) inwestycji, remontów kapitałnych i bieżących;
 - 5) gospodarki środkami transportu;

- 6) porządku, czystości i ochrony mienia;
 - 7) usług administracyjnych, informatycznych, gospodarczych i transportowych;
 - 8) zabezpieczenia przeciwpożarowego;
 - 9) kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem.
3. Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych są podporządkowane następujące komórki organizacyjne:
- 1) Dział Administracji;
 - 2) Dział Informatyki;
 - 3) Dział Techniczny;
 - 4) Dział Zamówień Publicznych;
 - 5) Dział Projektów Infrastrukturalnych;
 - 6) Samodzielne stanowiska:
 - a) Inspektor ds. BHP i p.poż.,
 - b) Inspektor ds. Obronnych.

§ 16.

1. **Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych** kieruje w imieniu Dyrektora całokształtem spraw i działalności związanych z gospodarką finansową Instytutu i zamówieniami publicznymi oraz wykonuje zadania i obowiązki przewidziane przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. Nr 121, poz. 591 z późn. zm.).
2. Do zakresu działalności i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych w szczególności należy:
 - 1) zarządzanie finansami Instytutu w sposób zapewniający płynność finansową;
 - 2) koordynowanie prac nad planem finansowym Instytutu oraz nadzór nad jego realizacją;
 - 3) nadzór nad finansami i gospodarką finansową Instytutu ze szczególnym uwzględnieniem rachunku kosztów;
 - 4) nadzór nad sporządzaniem corocznych sprawozdań finansowych oraz innej wymaganej przepisami prawa sprawozdawczości finansowej;
 - 5) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań;
 - 6) opiniowanie wniosków na dokonanie zakupu materiałów i usług;
 - 7) prowadzenie gospodarki finansowej Instytutu i jej analiza, w szczególności przestrzegania i kontroli dyscypliny finansowej oraz prawidłowości dysponowania środkami pieniężnymi i rozliczania osób odpowiedzialnych majątkowo;
 - 8) opracowywanie projektów planu finansowego oraz planowanie, gospodarowanie i analiza funduszu płac;
 - 9) kontrola rozliczeń związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników oraz ubezpieczeniem mienia Instytutu;
 - 10) kontrola nad opracowywaniem oraz aktualizacją polityki rachunkowości Instytutu;
 - 11) sprawowanie kontroli wewnętrznej nad powierzonym pionem;

3. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych podporządkowany jest:
 - 1) Główny Księgowy wraz z podległym mu Działem Finansowo-Księgowym;
 - 2) Dział Kontrolingu i Analiz.
 - 3) Dział Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.

§ 17.

1. **Naczelną Pielęgniarką** w imieniu Dyrektora nadzoruje zespół pielęgniarski i personel medyczny oraz współuczestniczy w kierowaniu działalnością usługowo-leczniczą Instytutu.
2. Do zakresu działania Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
 - 1) koordynowanie i bezpośredni nadzór nad pracą pomocniczego personelu medycznego we wszystkich komórkach organizacyjnych oraz nadzór nad pielęgniarską dokumentacją medyczną;
 - 2) opracowywanie oraz zgłaszanie wniosków w sprawach osobowych podległego personelu;
 - 3) sporządzanie planów dyżurów i urlopów nadzorowanych pracowników, ustalanie zastępstw w razie ich nieobecności;
 - 4) kontrola dyscypliny pracy oraz przestrzegania obowiązujących regulaminów;
 - 5) organizowanie szkoleń podległego personelu oraz bieżący instruktaż;
 - 6) kontrola stanu sanitarnego i porządku w pomieszczeniach dla chorych;
 - 7) udział w opracowaniu planu gospodarczego, planu zaopatrzenia oraz planu remontowego części klinicznej Instytutu;
 - 8) nadzór nad żywieniem pacjentów;
 - 9) przygotowanie planu zamówień publicznych w zakresie materiałów medycznych i żywienia pacjentów;
 - 10) w sytuacji wystąpienia zagrożeń nagłych w tym działań terrorystycznych lub innych zdarzeń masowych rozważenie zasadności dokonania zwiększenia obsady etatowej Punktu Przyjęć Planowych do rozmiarów gwarantujących jej właściwy poziom pracy.
4. Naczelnej Pielęgniarce podporządkowane są:
 - 1) personel pielęgniarski;
 - 2) pielęgniarka epidemiologiczna;
 - 3) dietetyczka;
 - 4) pomocniczy personel medyczny;
 - 5) Centralna Sterylizatornia.
5. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy:
 - 1) mycie i dezynfekcja właściwa materiału sterylizacyjnego;
 - 2) sterylizacja parowa przygotowanych materiałów;
 - 3) mycie i dezynfekcja łóżek, szafek przyłóżkowych, materacy w stacji mycia łóżek w Centralnej Sterylizatorni;
 - 4) kontrola i kompletowanie narzędzi w zestawy;
 - 5) przygotowanie bielizny operacyjnej oraz sprzętu i innych artykułów do sterylizacji;
 - 6) sterylizacja niskotemperaturowa materiałów termolabilnych;

- 7) kontrola procesu sterylizacji za pomocą metod fizycznych, chemicznych i biologicznych zgodnie z obowiązującymi procedurami;
- 8) przechowywanie materiału po sterylizacji w magazynie materiałów sterylnych;
- 9) prowadzenie wymaganej dokumentacji.

§ 18.

1. **Główny Księgowy** podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych.
2. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie prawidłowej i zgodnej z obowiązującymi przepisami i zasadami organizacji rachunkowości Instytutu, zapewniające właściwy przebieg operacji gospodarczych i ochronę mienia Instytutu;
 - 2) prowadzenie gospodarki finansowej Instytutu i jej analiza, w szczególności przestrzeganie i kontrola dyscypliny finansowej oraz prawidłowości dysponowania środkami pieniężnymi i rozliczania osób odpowiedzialnych materialnie;
 - 3) kontrola wstępna, bieżąca i następcza dokumentów finansowo-księgowych Instytutu,
 - 4) sprawozdawczość finansowa, zgodne i rzetelne odzwierciedlenie stanu majątkowego oraz ustalenie wyniku finansowego;
 - 5) okresowe ustalanie oraz sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów;
 - 6) nadzór nad prawidłowością rozliczeń podatkowych;
 - 7) opracowywanie planu kont;
 - 8) nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentów;
 - 9) opracowywanie projektów planu finansowego oraz planowanie, gospodarowanie i analiza funduszu płac;
 - 10) kontrola spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników oraz mienia Instytutu;
 - 11) kontrola ksiąg rachunkowych;
 - 12) sprawowanie kontroli nad działem finansowo-księgowym;
 - 13) otwarcie i zamknięcie ksiąg za okresy sprawozdawcze;
 - 14) sporządzanie sprawozdań finansowych, statystycznych i innych raportów;
 - 15) współpraca z biegłym rewidentem i wszystkimi służbami dokonującymi audytu, kontroli, badania w zakresie finansowo-księgowym;
 - 16) nadzór nad dokumentacją księgową i finansową Instytutu;
 - 17) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie powierzonego obszaru działania;
 - 18) nadzór nad terminowym dokonywaniem wszelkich rozliczeń finansowych.
3. Głównemu Księgowemu jest bezpośrednio podporządkowany Dział Finansowo-Księgowy.

§ 19.

Osoby pełniące funkcje, o których mowa w §13 - §18 zobowiązane są ponadto do nadzorowania przestrzegania przepisów bhp i ppoż. na wszystkich podległych im stanowiskach oraz zasad postępowania w przypadkach wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń dla ludzi lub mienia.

§ 20.

1. Wszyscy pracownicy oraz osoby współpracujące z Instytutem są obowiązani do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych zadań zgodnie z wdrożonym w Instytucie wewnętrznym systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem.
2. Wszyscy pracownicy oraz osoby współpracujące z Instytutem są obowiązani do utrzymania i doskonalenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w szczególności przez stosowanie obowiązujących zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, zgłaszanie informacji istotnych dla monitorowania jakości i bezpieczeństwa, udział w szkoleniach oraz współudział w działaniach doskonalących.”.

§ 21.

3. Kierownicy zakładów naukowych, klinik, pracowni, w ramach nadzoru nad działalnością podległych pracowników, analizują na bieżąco przebieg wykonywanych przez nich prac naukowo-badawczych i usługowo-leczniczych, przeprowadzają i udzielają niezbędnych wskazówek dotyczących wyników badań lub leczenia i ich praktycznego wykorzystania.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1, co najmniej raz na kwartał, przeprowadzają zebrania zakładowe, kliniczne pracowników dla ustalenia planów pracy na następny okres i skoordynowania przebiegu prac oraz dokonują rozliczenia prac wykonanych w okresie poprzedzającym.
5. Kierownik prowadzi dokumentację prac naukowo-badawczych.
6. Kierownicy komórek organizacyjnych są odpowiedzialni za właściwe wykonywanie powierzonych im zadań zapewniając właściwe warunki ich wykonania a ponadto ponoszą odpowiedzialność za:
 - 1) dyscyplinę pracy podległych pracowników i zachowanie przez nich przepisów w zakresie tajemnicy państwowej, służbowej i lekarskiej oraz przepisów bhp. i p.pož.;
 - 2) terminową realizację planowych zadań;
 - 3) jakość realizowanych tematów, leczenia i innych zadań;
 - 4) obiektywną ocenę pracy wykonywanej przez pracowników;
 - 5) zapoznanie podległych pracowników z aktualnym stanem uregulowań normatywnych w zakresie wykonywanych zadań;
 - 6) inicjowanie i wdrażanie postępu technicznego, ekonomicznego i organizacyjnego w zakresie realizowanych zadań;
 - 7) zapewnienie pracownikom właściwych warunków pracy na poszczególnych stanowiskach i właściwą organizację pracy;

- 8) nadzór nad przestrzeganiem zasad prawidłowości, zgodności, celowości, gospodarności i oszczędności przy wykonywanych zadaniach.

ROZDZIAŁ V

Zakres i zadania komórek organizacyjnych

§ 22.

Pion Dyrektora

1. Do zadań **Działu Kadr i Płac** należy:

- 1) realizacja zadań wynikających z polityki kadrowej Dyrektora;
- 2) organizowanie naborów na wolne stanowiska;
- 3) przeprowadzanie konkursów ofert na zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenie ich ewidencji;
- 4) realizacja spraw związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem oraz awansowaniem pracowników;
- 5) współpraca z działającymi w Instytucie związkami zawodowymi;
- 6) administrowanie środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
- 7) przygotowanie wypłaty wynagrodzenia dla pracowników Instytutu oraz osób niebędących pracownikami wynikającego z umów cywilnoprawnych;
- 8) sporządzanie list wynagrodzeń pracowników Instytutu i wykonywanie wszystkich czynności dotyczących płac i ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych oraz dokonywanie innych wypłat wynikających ze stosunku pracy;
- 9) sporządzanie deklaracji ZUS, PIT i przygotowanie informacji do GUS, PEFRON i Ministerstwa Zdrowia;
- 10) współpraca z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczenia osobowego i bezosobowego funduszu płac w ewidencji finansowo-księgowej;
- 11) organizowanie praktyk, staży i wolontariatu;
- 12) realizacja szkoleń w oparciu o zatwierdzone rzeczowe i finansowe plany szkolenia oraz obowiązujące w Instytucie uregulowania;

2. Do zadań **Działu Prawnego** należy:

- 1) koordynacja spraw związanych z opracowaniem oraz nowelizacją Statutu i Regulaminu Organizacyjnego Instytutu;
- 2) przygotowywanie projektów pełnomocnictw i upoważnień udzielanych przez Dyrektora oraz prowadzenie ich rejestru;
- 4) koordynacja spraw związanych z opiniowaniem i uzgadnianiem projektów zarządzeń Dyrektora, opracowywanych przez komórki organizacyjne Instytutu oraz prowadzenie rejestru tych zarządzeń;

- 5) koordynacja, uzgadnianie i opiniowanie pod względem formalno–prawnym projektów umów cywilnoprawnych, realizowanych w komórkach organizacyjnych Instytutu oraz zawieranych z kontrahentami zewnętrznymi;
 - 6) opiniowanie wewnętrznych aktów prawnych w zakresie spójności ze strukturą organizacyjną Instytutu oraz trybem tworzenia wewnętrznych aktów prawnych;
 - 7) zgłaszanie zmian danych w KRS i rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego;
 - 8) wydawanie opinii prawnych w sprawach z zakresu działania Instytutu;
3. Do zadań **Inspektora Ochrony Radiologicznej** należy wykonywanie zadań określonych w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (j.t. Dz.U. z 2024 r., poz. 1277 z późn. zm.).
4. Do zadań **Inspektora Ochrony Danych** należy:
- 1) informowanie Dyrektora oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (dalej: Rozporządzenie) oraz innych przepisów o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie;
 - 2) monitorowanie przestrzegania Rozporządzenia oraz innych przepisów o ochronie danych oraz polityk Instytutu w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podziału obowiązków, działań zwiększających świadomość, szkoleń personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązanych z tym audytów;
 - 3) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie ich wykonania;
 - 4) współpraca z organem nadzorczym ustanowionym zgodnie z art. 51 Rozporządzenia;
 - 5) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 Rozporządzenia, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach dot. ochrony danych osobowych.
5. Do zadań **Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta** należy:
- 1) rozpatrywanie skarg pacjentów;
 - 2) prowadzenie ewidencji skarg i wniosków;
 - 3) sporządzanie rocznych sprawozdań ze złożonych skarg i wniosków;
 - 4) zgłaszanie Dyrektorowi stwierdzonych uchybień w zakresie organizacji Instytutu;
 - 5) przekazywanie zgłoszonych przez pacjentów uwag i wniosków właściwym komórkom organizacyjnym Instytutu;
 - 6) kontrolowanie właściwego dostępu pacjentów Instytutu do Karty Praw Pacjenta;
 - 7) przygotowywanie informacji dla pacjentów na stronę internetową Instytutu;
 - 8) współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta i Sekcją Skarg i Wniosków Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;

- 9) przedstawianie raz w roku sprawozdania ze swojej działalności w formie pisemnej Dyrektorowi;
- 10) przeprowadzanie okresowej analizy ankiety satysfakcji pacjenta i przedstawianie jej wyników Dyrektorowi.

6. Do zadań **Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości** należy:

- 1) inicjowanie działań mających na celu poprawę jakości we wszystkich obszarach działalności Instytutu;
- 2) współpraca z kierownikami Klinik, Naczelną Pielęgniarką oraz pozostałą kadram kierowniczą w zakresie określania obszarów do poprawy jakości;
- 3) współudział w opracowywaniu, wdrażaniu procedur, instrukcji, wzorów formularzy, dokumentacji medycznej oraz innej zawartej w obowiązującym Programie Akredytacji;
- 4) udział w pracach zespołów i komisji powołanych przez Dyrektora;
- 5) przeprowadzanie spotkań, szkoleń w zakresie wdrażania i doskonalenia jakości;
- 6) prowadzenie dokumentacji związanej z wdrażaniem, nadzorowaniem realizacji wytycznych określonych w Programie Akredytacji;
- 7) nadzór nad realizacją wdrożonych procedur, instrukcji wytycznych poprzez dokonywanie systematycznych przeglądów w klinikach, zakładach i innych komórkach organizacyjnych Instytutu;
- 8) systematyczne modyfikowanie programu poprawy jakości we wszystkich obszarach funkcjonowania Instytutu;
- 9) nadzór nad terminową realizacją aktualnego programu poprawy jakości;
- 10) współpraca z konsultantami, przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
- 11) wykonywanie innych zadań wynikających z poleceń lub upoważnień Dyrektora w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych;
- 12) wykonywanie, z upoważnienia Dyrektora, zadań związanych z prowadzeniem wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem;
- 13) koordynowanie analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych;
- 14) koordynowanie opracowywania i aktualizacji dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

7. Do zadań **Pełnomocnika Dyrektora ds. Komunikacji** należy:

- 1) utrzymywanie kontaktów z mediami (prasa, radio, telewizja, portale internetowe) i koordynacja wystąpień w mediach.
- 2) nawiązywanie i podtrzymywanie relacji z uczelniami wyższymi, firmami, organizacjami rządowymi i pozarządowymi oraz instytucjami finansującymi badania;
- 3) współpraca przy organizacji i uczestnictwie w konferencjach naukowych, targach, seminariach, zarówno w kraju, jak i za granicą;
- 4) zapewnienie sprawnego przepływu informacji między pracownikami;

- 5) administrowanie narzędziami wspierającymi komunikację w Instytucie;
 - 6) organizacja cyklicznych spotkań informacyjnych, wydarzeń integracyjnych;
 - 7) monitorowanie opinii publicznej o instytucie, w tym śledzenie wzmianek w mediach i Internecie;
 - 8) podejmowanie działań mających na celu kreowanie i wzmacnianie rozpoznawalnej marki Instytutu w otoczeniu naukowym, biznesowym i społecznym;
 - 9) bieżące monitorowanie skuteczności podejmowanych inicjatyw (np. liczba publikacji w mediach, ruch na stronie www, zaangażowanie w mediach społecznościowych).
8. Do zadań **Pełnomocnika Dyrektora ds. Kształcenia Interdyscyplinarnego** należy:
- 1) budowanie i utrzymywanie relacji z uczelniami, instytutami badawczymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi odpowiedzialnymi za nauczanie;
 - 2) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z partnerami zewnętrznymi w celu rozwijania i promowania nauczania prowadzonego w Instytucie;
 - 3) konsultowanie treści merytorycznych z ekspertami z poszczególnych dziedzin w celu zapewnienia wysokiej jakości i aktualności kształcenia.
 - 4) kształtowanie pozytywnej kultury współpracy między naukowcami i studentami reprezentującymi różne obszary zainteresowań.
9. Do zadań **Rzecznika Prasowego** należy:
- 1) utrzymywanie relacji Instytutu z opinią publiczną, w tym z mediami;
 - 2) przygotowanie materiałów prasowych na potrzeby Instytutu;
 - 3) przygotowanie spotkań, konferencji i prelekcji z udziałem mediów;
 - 4) dbanie o wizerunek Instytutu;
 - 5) przygotowanie treści merytorycznych na potrzeby kampanii prasowych, medialnych i strony internetowej Instytutu.
10. Do zadań **Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych** należy w szczególności:
- 1) monitorowanie i analiza zakażeń szpitalnych oraz ocena stanu bakteriologicznego;
 - 2) nadzorowanie pacjentów z zakażeniami;
 - 3) nadzorowanie nad przestrzeganiem przez personel Instytutu procedur i standardów w profilaktyce zakażeń;
 - 4) szkolenie personelu Instytutu w zakresie higieny i profilaktyki zakażeń szpitalnych;
 - 5) opracowywanie standardów postępowania w zakresie zakażeń szpitalnych.
 - 6) nadzór nad prawidłową dezynfekcją i racjonalnym gospodarowaniem środkami dezynfekcyjnymi.

§ 23.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

1. Do zadań **Biura Naukowego** należy:

- 1) obsługa administracyjna Rady Naukowej oraz Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych;
- 2) prowadzenie dokumentacji osobowej dotyczącej stopni naukowych doktora i doktora habilitowanego oraz tytułu naukowego profesora;
- 3) przygotowanie wniosków o dofinansowanie działalności statutowej Instytutu;
- 4) przygotowanie „Ankiety dorobku naukowego” Instytutu;
- 5) sporządzanie planu badań naukowych, prowadzonych w ramach działalności statutowej oraz w trybie umownym;
- 6) gromadzenie dokumentacji dotyczącej dorobku naukowego poszczególnych jednostek Instytutu;
- 7) prowadzenie spraw związanych ze współpracą naukową krajową i zagraniczną;
- 8) opracowywanie sprawozdań, raportów i zestawień, dotyczących działalności naukowej Instytutu oraz Rady Naukowej.

W ramach Biura Naukowego wyodrębnia się **Bibliotekę Naukową**, do której zadań należy prowadzenie działalności bibliotecznej i informacyjnej w oparciu o wydawnictwa krajowe i zagraniczne oraz bazy elektroniczne.

a) zakres działalności bibliotecznej:

- gromadzenie zbiorów w formie zakupów, darów i wymiany międzybibliotecznej oraz rejestrację książek, czasopism, prac naukowych,
- opracowanie formalne i rzeczowe zbiorów,
- udostępnianie zbiorów pracownikom Instytutu oraz innych ośrodków badawczych i akademickich,
- nadzór nad zbiorami specjalnymi i ich udostępnieniem;

b) zakres działalności informacyjnej:

- prowadzenie informacji naukowej w formie opracowań tematycznych i bibliograficznych na potrzeby czytelników bezpośrednich,
- współpraca międzybiblioteczna z bibliotekami naukowymi krajowych ośrodków naukowo – badawczych i uczelni medycznych,
- analiza bibliometryczna i wydawanie zaświadczeń o punktacjach dorobku naukowego dla osób aplikujących do stopni i tytułów naukowych.

Bezpośredni nadzór nad pracą Biura Naukowego sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych.

2. Do zadań **Centrum Wsparcia Badań Klinicznych** należy:

- 1) koordynowanie oraz bieżące zarządzanie prowadzonymi w Instytucie komercyjnymi i niekomercyjnymi badaniami klinicznymi;
- 2) aktywne pozyskiwanie badań klinicznych do realizacji;
- 3) negocjowanie, uzgadnianie i kontraktowanie umów na realizację badań klinicznych;
- 4) planowanie i budżetowanie badań klinicznych;

- 5) realizacja badań klinicznych;
- 6) prowadzenie rozliczeń z osobami i instytucjami zaangażowanymi w realizację badań klinicznych;
- 7) przechowywanie i ewidencjonowanie zarządzanie dokumentacją realizowanych badań klinicznych;
- 8) obsługa prawna i informatyczna prowadzonych badań klinicznych;
- 9) współpraca z monitorami i audytorami badań klinicznych oraz instytucjami nadzorującymi.

3. Do zadań **Biura Projektów Naukowych** należy:

- 1) regularne śledzenie ogłoszeń o naborach wniosków krajowych (np. Narodowego Centrum Nauki, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju) i międzynarodowych;
- 2) analiza kryteriów dostępu i warunków finansowania w różnych programach, w celu dopasowania projektów do odpowiednich środków;
- 3) informowanie Dyrekcji i kierowników komórek organizacyjnych o możliwości pozyskania finansowania działalności badawczo – rozwojowej;
- 4) pomoc w przygotowaniu wniosków o dofinansowanie projektów, zarządzaniu projektami badawczymi, a także w ochronie własności intelektualnej i komercjalizacji wyników badań;
- 5) składanie wniosków w systemach elektronicznych i kontakt z organizacjami finansującymi.
- 6) obsługa formalno-prawna i finansowa realizacji projektów, ewaluacja wykonania, kontrola prawidłowości wykorzystania środków oraz uczestnictwo w procedowaniu zamówień publicznych,
- 7) kompletowanie dokumentacji formalno-prawnej (załączniki, listy intencyjne, umowy konsorcjum);
- 8) nadzór nad procesem podpisywania umów o dofinansowanie, umów konsorcjum lub porozumień z innymi partnerami;
- 9) przygotowywanie aneksów i aktualizacji w przypadku zmian zakresu projektu, budżetu czy harmonogramu;
- 10) szkolenia pracowników z zasad funkcjonowania programów krajowych i zagranicznych oraz obowiązujących w tym zakresie przepisów;

4. Do zadań **Zakładu Dydaktyki** należy:

- 1) utrzymywanie stałego kontaktu z uczelniami, z którymi Instytut współpracuje w prowadzeniu zajęć dydaktycznych;
- 2) współpraca z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w zakresie realizowanych szkoleń;
- 3) nadzór nad organizacją zajęć dydaktycznych realizowanych w Instytucie dla studentów uczelni wyższych;

- 4) organizacja ustnych egzaminów specjalizacyjnych zgodnie z zakresem działalności statutowej Instytutu;
 - 5) koordynacja działań dydaktycznych w zakresie szkolenia przed i podyplomowego realizowanego przez jednostki organizacyjne Instytutu;
 - 6) przygotowywanie umów z osobami odbywającymi w Instytucie szkolenie w ramach specjalizacji, staży kierunkowych, praktyk zawodowych i studenckich lub wolontariatu;
 - 7) opracowywanie zarządzeń Dyrektora dotyczących szkoleń organizowanych i realizowanych w Instytucie;
 - 8) negocjacje warunków udziału Instytutu w naukowej części szkoleń organizowanych w Instytucie lub pod patronatem Instytutu, merytoryczne przygotowywanie umów o współpracy z organizatorem/sponsorem tych szkoleń.
 - 9) organizacja oraz obsługa szkoleń i kursów z zakresu kształcenia przed i podyplomowego realizowana przez Instytut;
 - 10) opracowywanie sprawozdań, raportów i zestawień, dotyczących działalności dydaktycznej Instytutu.
5. Do zadań **Zakładu Patofizjologii i Immunologii** należy:
- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie immunopatofizjologii chorób reumatycznych;
 - 2) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
 - 3) współpraca w pracach badawczych z klinikami Instytutu i placówkami badawczymi spoza Instytutu.

W zakładzie wyodrębniona jest Pracownia Izotopowa III klasy.

6. Do zadań **Zakładu Biologii Molekularnej** należy:
- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie biologii molekularnej chorób reumatycznych i innych, związanych z przedmiotem działania Instytutu;
 - 2) prowadzenie badań metodycznych nad wypracowaniem technik diagnostycznych umożliwiających ich zastosowanie przy regeneracji chrząstki stawowej,
 - 3) współpraca w zakresie prac naukowych z klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi spoza Instytutu;
 - 4) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia podyplomowego;
 - 5) nadzór nad praktykami studentów uczelni wyższych odbywanych w zakładzie.
7. Do zadań **Zakładu Gerontologii i Zdrowia Publicznego** należy prowadzenie badań naukowych w zakresie procesów starzenia się i zdrowia publicznego związanego z profilem naukowo-badawczym Instytutu, w tym także:
- 1) analizowanie zjawiska starzenia się człowieka i jego konsekwencji medycznych i społecznych;

- 2) prowadzenie badań naukowych, epidemiologicznych, socjologicznych i statystycznych oraz współpraca w tym zakresie z ośrodkami badawczymi w kraju i za granicą;
- 3) opracowywanie projektów działalności ochrony zdrowia w zakresie zwalczania chorób zgodnych z profilem Instytutu w oparciu o dane statystyczne i wyniki badań naukowych,
- 4) opracowywanie ekspertyz z zakresu zgodnego z profilem Instytutu do wykorzystania przez Dyrektora, Radę Naukową i Ministerstwo Zdrowia;
- 5) przygotowywanie propozycji programów zdrowotnych oraz wdrażanie i realizacja programów skierowanych do osób starszych;
- 6) opracowywanie strategii zapobiegania, diagnostyki i leczenia chorób wieku starszego;
- 7) opracowywanie programu edukacji zdrowotnej, dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności osób starszych;
- 8) przekazywanie osiągnięć naukowych z gerontologii i zdrowia publicznego w formie wniosków wdrożeniowych do zastosowania w praktyce.

8. Do zadań **Zakładu Psychogeriatrici** należy:

- 1) prowadzenie badań naukowych w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wieku senioralnego ze szczególnym uwzględnieniem otępień;
- 2) współpraca w zakresie prac naukowych z klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi spoza Instytutu;
- 3) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej.

9. Do zadań **Redakcji Czasopisma Reumatologia** należy:

- 1) prowadzenie spraw redakcyjnych związanych z przygotowaniem do wydania i publikowania czasopisma Reumatologia przy współpracy z Polskim Towarzystwem Reumatologicznym;
- 2) współpraca z zakładem wydawniczym w zakresie druku i dystrybucji czasopisma;
- 3) realizacja prawidłowego cyklu wydawniczego czasopisma i jego dystrybucji.

10. Do zadań **Regionalnego Centrum Medycyny Cyfrowej** należy:

- 1) tworzenie rejestrów pacjentów, analiz big data, wykorzystywanie sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego do przeglądu dużych zbiorów danych pochodzących z rozmaitych źródeł;
- 2) pozyskiwanie danych i wyników do zintegrowanego wspólnego obszaru danych w celu wspierania standaryzacji danych i udostępniania zasobów;
- 3) kompilowanie dostępnych publicznych danych chorób otępiennych i mediowanych immunologicznie w jednym portalu danych;
- 4) zapewnianie dostępu do zintegrowanych danych, przetwarzanych za pomocą jednolitych metod statystycznych oraz wykonywanie indywidualnych i zintegrowanych analiz;
- 5) opracowanie bazy danych OMICs dla chorób otępiennych i mediowanych immunologicznie;

- 6) koordynowanie działań projektowych w ramach Programu Unii Europejskiej dla Zdrowia (EU4Health Programme);
- 7) wspieranie ośrodków regionalnych i krajowych w zakresie prowadzonych badań naukowych, diagnostycznych i klinicznych w obszarze Chorób Ołepiennych oraz Zapalnych Chorób Mediowanych Immunologicznie.

11. Do zadań **Biobanku** należy:

- 1) zapewnienie poprawy dostępności materiału biologicznego o wysokim standardzie, dla jednostek organizacyjnych funkcjonujących w obrębie Instytutu;
- 2) wypracowanie, zachowanie oraz ewaluowanie standardów jakości gromadzonego materiału biologicznego polegające na zapewnieniu jednolitych warunków pobierania i przechowywania materiału biologicznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami;
- 3) zapewnienie przechowywania gromadzonego w Instytucie materiału biologicznego w bezpiecznych i monitorowanych warunkach.

§ 24.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych

1. Do zadań **Kliniki Reumatologii Dziecięcej** należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie chorób reumatycznych wieku rozwojowego;
- 2) prowadzenie działalności diagnostycznej, leczniczej i konsultacyjnej chorób reumatycznych wieku rozwojowego obejmujące cały kraj;
- 3) prowadzenie opieki poszpitalnej dzieci hospitalizowanych w Klinice;
- 4) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
- 5) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 6) opracowywanie, analizowanie, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 7) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 8) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 9) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego.

2. Do zadań **Kliniki Reumatologii** należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie chorób reumatycznych ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych zapaleń stawów i innych układowych chorób tkanki łącznej;
- 2) prowadzenie działalności diagnostycznej, leczniczej i konsultacyjnej;
- 3) prowadzenie przyjęć chorych do Kliniki z Punktu Przyjęć Planowych w trybie nagłym;
- 4) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
- 5) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 6) opracowywanie, analizowanie, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 7) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 8) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 9) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego.

3. Do zadań Kliniki Układowych Chorób Tkanki Łącznej należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie chorób tkanki łącznej;
- 2) prowadzenie działalności diagnostycznej, leczniczej chorób reumatycznych, ze szczególnym uwzględnieniem układowych chorób tkanki łącznej (tocznia rumieniowatego układowego twardziny układowej zapalenia wielo- i skórno mięśniowego, układowych zapaleń naczyń, zespołu Sjögrena, zespołu antyfosfolipidowego) oraz innych przewlekłych zapalnych chorób układu ruchu;
- 3) leczenie chorych na układową chorobę tkanki łącznej, w tym także w okresie ciąży;
- 4) prowadzenie przyjęć chorych do Kliniki z Punktu Przyjęć Planowych w trybie nagłym;
- 5) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
- 6) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 7) opracowywanie, analizowanie, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 8) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 9) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 10) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego.

4. Do zadań Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie wczesnego zapalenia stawów;

- 2) prowadzenie działalności diagnostycznej, leczniczej, konsultacyjnej chorych o nieustalonym rozpoznaniu, u których czas trwania choroby wynosi do 2 lat;
- 3) prowadzenie przyjęć chorych do Kliniki z Punktu Przyjęć Planowych w trybie nagłym;
- 4) leczenie osteoporozy w chorobach narządu ruchu;
- 5) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 6) opracowywanie, analizowanie, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 7) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 8) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 9) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego,
- 10) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego.

5. Do zadań Kliniki Reumoortopedii należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie reumoortopedii chorych dorosłych oraz wieku rozwojowego;
- 2) prowadzenie działalności diagnostycznej, zabiegowo–leczniczej i rehabilitacyjnej w zakresie ortopedii i reumoortopedii oraz intensywnego nadzoru pooperacyjnego, także na potrzeby Kliniki Neuroortopedii i Neurologii;
- 3) prowadzenie poszpitalnej opieki chorych;
- 4) prowadzenie działalności konsultacyjnej w zakresie reumoortopedii dla klinik Instytutu i innych ośrodków;
- 5) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego.
- 6) współpraca naukowo-badawcza z zewnętrznymi jednostkami naukowo-badawczymi;
- 7) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 8) opracowywanie, analiza, ocena i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 9) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 10) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 11) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego.

6. Do zadań Kliniki Neuroortopedii i Neurologii należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej i szkoleniowej w zakresie neuroortopedii i neurologii;

- 2) prowadzenie działalności diagnostycznej, zabiegowo–lecniczej i rehabilitacyjnej w zakresie chorób kręgosłupa;
- 3) prowadzenie działalności konsultacyjnej w zakresie neuroortopedii dla potrzeb innych klinik Instytutu;
- 4) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego.
- 5) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 6) opracowywanie, analiza, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 8) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 9) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 10) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego.

7. Do zadań Kliniki Rehabilitacji należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie rehabilitacji chorych na przewlekłe postacie chorób reumatycznych;
- 2) współpraca w zakresie prac naukowych z klinikami i zakładami Instytutu oraz pałacami badawczymi spoza Instytutu;
- 3) prowadzenie działalności rehabilitacyjnej dla chorych hospitalizowanych w Instytucie;
- 4) prowadzenie działalności konsultacyjnej dla klinik Instytutu;
- 5) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
- 6) opracowywanie standardów medycznych i wytycznych w zakresie działalności kliniki;
- 7) opracowywanie, analiza, ocena i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;
- 8) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych, w tym poprzez prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
- 9) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 10) współdziałanie w pracach nadzoru specjalistycznego.

W komórce organizacyjnej wyodrębnia się Klinikę Rehabilitacji – Oddział dzienny.

8. Do zadań Kliniki Geriatrii z Pododdziałem Rehabilitacji Oddechowej należy:

- 1) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w obszarze geriatrii, gerontologii i rehabilitacji oddechowej;

- 2) prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie profilaktyki chorób wieku podeszłego i układu oddechowego;
- 3) prowadzenie działalności diagnostycznej, leczniczej i konsultacyjnej w zakresie chorób wieku podeszłego oraz rehabilitacji oddechowej;
- 4) konsultowanie w zakresie geriatrici pacjentów innych klinik Instytutu;
- 5) prowadzenie medycznego szkolenia przed i podyplomowego;
- 6) współpraca w zakresie prac naukowych z klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi spoza Instytutu;
- 7) opracowywanie standardów i wytycznych w obszarze objętym działalnością medyczną kliniki;
- 8) opracowywanie, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych;
- 9) upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 10) świadczenie usług badawczych oraz opracowywanie ekspertyz i opinii w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 11) prowadzenie działań w obszarze promocji zdrowia.

W Klinice funkcjonują:

- a) Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego, do której zadań należy w szczególności:
 - wykonywanie badań i zabiegów endoskopowych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego w celach diagnostycznych, leczniczych i naukowych na rzecz pacjentów leczonych w Instytucie oraz pacjentów spoza Instytutu,
 - pobieranie materiału biologicznego z przewodu pokarmowego do różnych badań, w tym mikrobiologicznych, wirusologicznych, patomorfologicznych, cytologicznych i genetycznych,
 - przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych.
- b) Pracownia Bronchofiberoskopii, do której zadań należy, w szczególności:
 - wykonywanie badań i zabiegów bronchofiberoskopowych w celach diagnostycznych, leczniczych i naukowych na rzecz pacjentów leczonych w Instytucie oraz pacjentów spoza Instytutu,
 - pobieranie materiału biologicznego z oskrzeli i płuc do różnych badań, w tym mikrobiologicznych, wirusologicznych, patomorfologicznych, cytologicznych i genetycznych,
 - przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych.
- c) Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego, do której zadań należy wykonywanie badań czynnościowych mechaniki oddychania u pacjentów leczonych w Instytucie oraz pacjentów spoza Instytutu, w tym w szczególności wykonywanie i interpretowanie:
 - spoczynkowych i wysiłkowych badań spirometrycznych i ergospirometrycznych,

- badań spirometrycznych z próbą rozkurczową i próbami prowokacyjnymi oskrzeli,
 - oscylometrii impulsowej,
 - badań pletyzmograficznych ciała,
 - badań dyfuzji gazów,
 - badań podatności i sprężystości płuc.
- d) Pracownia Diagnostyki Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, do której zadań należy wykonywanie i interpretowanie badań przydatnych w diagnostyce i terapii chorób serca, naczyń oraz w razie potrzeby innych narządów lub układów u pacjentów leczonych w Instytucie oraz pacjentów spoza Instytutu, w tym w szczególności:
- spoczynkowych badań ultrasonograficznych serca i naczyń,
 - farmakologicznych prób obciążeniowych serca i naczyń,
 - badań ultrasonograficznych tętnic i żył,
 - testów pionizacyjnych oraz badań reakcji hipotonicznych i hipertonicznych,
 - elektrokardiograficznych testów wysiłkowych i badań ergospirometrycznych,
 - elektrokardiograficznych i ciśnieniowych badań holterowskich,
 - badań ultrasonograficznych narządów miękkich.
- e) Pracownia Oceny Stanu Odżywienia i Diagnostyki Sarkopenii, do której zadań należy w szczególności:
- prowadzenie oceny stanu odżywienia i oceny ryzyka niedożywienia związanego z chorobą, pacjentów przebywających w Instytucie,
 - planowanie i wdrożenie postępowania żywieniowego, we współpracy z zespołem terapeutycznym, w tym: wsparcia żywieniowego z zastosowaniem diet cząstkowych oraz dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego, żywienia dojelitowego z wykorzystaniem diet przemysłowych, oraz żywienia pozajelitowego,
 - nadzór nad monitorowaniem postępowania żywieniowego,
 - rozpoznawanie innych problemów żywieniowych pacjentów i planowanie odpowiedniego postępowania dietetycznego,
 - udzielanie porad dietetycznych osobom zdrowym oraz z chorobami dietozależnymi i planowanie diety,
 - edukacja osób zdrowych i chorych na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej, w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym.
- f) Pracownia Aktywizacji i Rehabilitacji Seniorów (PAiRS), do której zadań należy w szczególności:
- prowadzenie oceny stanu funkcjonalnego pacjentów, identyfikacja osób zagrożonych sarkopenią i osób ze zwiększonym ryzykiem upadku,
 - planowanie i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego u seniorów,
 - programowanie i monitorowanie aktywności w ramach fizjoprofilaktyki gerontologicznej,
 - ewaluacja efektów terapii/treningu,

- edukacja osób zdrowych i chorych na temat prawidłowej aktywności fizycznej, w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym,
- prowadzenie badań naukowych.

Kierownikiem Pracowni jest kierownik Kliniki Geriatrii. Pracownie wykonują badania na rzecz wszystkich klinik Instytutu.

8a. (uchylony)

9. Do zadań Zakładu Anestezjologii należy:

- 1) obsługa Bloku Operacyjnego;
- 2) wykonywanie znieczuleń do operacji planowych i nagłych;
- 3) leczenie ostrego bólu;
- 4) opieka i leczenie pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym;
- 5) leczenie pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz po rozległych zabiegach pooperacyjnych;
- 6) leczenie chorych we wstrząsie, z niewydolnością krążeniowo-oddechową;
- 7) leczenie bólu przewlekłego w Poradni Leczenia Bólu;
- 8) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 9) kwalifikowanie pacjentów do znieczuleń w ramach Poradni Anestezjologicznej oraz w Klinikach po przyjęciu do Instytutu.

10. Do zadań Centralnego Laboratorium Klinicznego należy:

- 1) wykonywanie badań diagnostyki laboratoryjnej w następujących obszarach badawczych: biochemii klinicznej immunochemii, hematologii, koagulologii, analityki ogólnej, mikrobiologii, diagnostyki chorób autoimmunizacyjnych i zakaźnych oraz biologii molekularnej chorób reumatycznych i innych, związanych z przedmiotem działania Instytutu na potrzeby Klinik i Poradni Instytutu;
- 2) prowadzenie działalności usługowej (komercyjnej) w zakresie ww. obszarów diagnostyki laboratoryjnej u pacjentów indywidualnych oraz na potrzeby kontrahentów zewnętrznych;
- 3) nadzór nad badaniami wysyłkowymi wynikającymi z umowy z RCKiK, zamawianie krwi i jej składników w RCKiK zgodnie z potrzebami klinik Instytutu, odbiór krwi i jej składników oraz wyników badań z RCKiK, przechowywanie krwi i jej składników do momentu wydania ich do klinik Instytutu (bank krwi);
- 4) współpraca w zakresie działalności naukowej z innymi klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi zewnętrznymi w ramach zadań statutowych oraz grantów naukowych;

- 5) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia podyplomowego oraz wykonywanie zadań dydaktycznych wynikających z zobowiązań Instytutu;
- 6) wykonywanie badań dla pracowników Instytutu oraz kandydatów do pracy w Instytucie;
- 7) uczestniczenie w programach kontroli jakości badań diagnostycznych o zasięgu krajowym i międzynarodowym.
- 8) wsparcie CWBK w obszarze badań diagnostyki laboratoryjnej.

W Centralnym Laboratorium Klinicznym funkcjonują:

- a) Pracownia Biochemii i Immunochemii,
- b) Pracownia Hematologii i Koagulologii,
- c) Pracownia Analityki Ogólnej,
- d) Pracownia Diagnostyki Chorób Autoimmunizacyjnych,
- e) Pracownia Mikrobiologii,
- f) Pracownia Biologii Molekularnej.

Kierownikiem Pracowni jest kierownik Centralnego Laboratorium Klinicznego.

11. Do zadań Pracowni Patomorfologii należy:

- 1) wykonywanie badań diagnostycznych histopatologicznych dotyczących chorób reumatycznych na potrzeby klinik Instytutu oraz odpłatnie dla podmiotów zewnętrznych i pacjentów indywidualnych;
- 2) współpraca w zakresie działalności naukowo-badawczej z klinikami i zakładami Instytutu oraz placówkami badawczymi zewnętrznymi w zakresie zmian histopatologicznych w przebiegu chorób reumatycznych i innych, związanych z przedmiotem działania Instytutu.

12. Do zadań Zakładu Radiologii należy:

- 1) współpraca w zakresie działalności naukowo-badawczej klinik Instytutu w przedmiocie zagadnień radiologicznych;
- 2) wykonywanie diagnostycznych badań radiologicznych, ultrasonograficznych i rezonansu magnetycznego u pacjentów hospitalizowanych, chorych kierowanych z Poradni Instytutu, oraz Poradni zewnętrznych mających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 3) wykonywanie badań na podstawie innych umów zawartych przez Instytut oraz dodatkowych skierowań;
- 4) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;

W zakładzie funkcjonują:

- a) Pracownia Radiograficzna (RTG),
- b) Pracownia Ultrasonograficzna,
- c) Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
- d) Pracownia Densytometrii,

e) Pracownia Tomografii Komputerowej,

13. Do zadań Zakładu Otolaryngologii należy:

- 1) diagnostyka i leczenie schorzeń otorynolaryngologicznych u osób dorosłych i dzieci;
- 2) prowadzenie działalności konsultacyjnej w zakresie otolaryngologii dla potrzeb innych klinik Instytutu;
- 3) prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego;
- 4) udział w projektach badawczych i naukowych, ukierunkowanych na choroby otolaryngologiczne;
- 5) publikowanie wyników badań, udział w konferencjach naukowych i aktywne rozwijanie współpracy z krajowymi oraz międzynarodowymi ośrodkami naukowymi.

13a. Do zadań Zakładu Nieinwazyjnej Diagnostyki Kardiologicznej należy:

- 1) wykonywanie przezprzelykowych oraz przezklatkowych badań echokardiograficznych u pacjentów hospitalizowanych oraz konsultowanych ambulatoryjnie w Instytucie;
- 2) udział w projektach badawczych i naukowych w zakresie kardiologii nieinwazyjnej;
- 3) współpraca w zakresie prac naukowo-badawczych z klinikami i zakładami Instytutu oraz palcówkami badawczymi spoza Instytutu;
- 4) opracowywanie standardów postępowania w dziedzinie kardiologii u chorych na układowe choroby zapalne.

13b. Do zadań Zakładu Schorzeń Narządu Ruchu należy:

- 1) diagnostyka schorzeń narządu ruchu i kwalifikacja pacjentów do Poradni Małoinwazyjnej Terapii Inwazyjnej;
- 2) prowadzenie działalności konsultacyjnej w zakresie schorzeń narządu ruchu dla potrzeb innych klinik Instytutu;
- 3) udział w projektach badawczych i naukowych, ukierunkowanych na schorzenia narządu ruchu;
- 4) publikowanie wyników badań, udział w konferencjach naukowych i aktywne rozwijanie współpracy z krajowymi oraz międzynarodowymi ośrodkami naukowymi.

14. Do zadań Apteki należy:

- 1) zaopatrzenie Instytutu w leki oraz materiały opatrunkowe;
- 2) uczestniczenie w pracach zespołu powołanego przez Dyrektora do opracowania receptariusza szpitalnego i systematycznej jego aktualizacji;
- 3) wykonywanie czynności związanych z zakupem wymienionych w pkt. 1 przedmiotów, a w szczególności opracowywanie zamówień, dokonywanie odbioru ilościowego i jakościowego;
- 4) gospodarowanie i przechowywanie wymienionymi w pkt. 1 przedmiotami;

- 5) kontrola jakości i tożsamości leków zarówno nabywanych jak i wydawanych do klinik oddziałów;
- 6) ewidencjonowanie, przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie leków w ramach programów lekowych oraz terapii niestandardowych;
- 7) prowadzenie zestawienia miesięcznego leków zakupionych i wydanych w formie raportów miesięcznych;
- 8) współpraca w realizowaniu prowadzonych w Instytucie badań klinicznych
- 9) sporządzanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych.

15. Do zadań **Zespołu Poradni** należy udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie zgodnym ze specjalizacją danej poradni.

W ramach Zespołu Poradni funkcjonują w szczególności:

- 1) Poradnia Reumatologiczna;
- 2) Poradnia Reumatologiczna dla Dzieci;
- 3) Poradnia Ortopedyczna;
- 4) Poradnia Osteoporozy;
- 5) Poradnia Leczenia Bólu;
- 6) Poradnia Geriatryczna;
- 7) Poradnia Rehabilitacyjna;
- 8) Dział (Pracownia) Fizjoterapii;
- 9) Punkt Szczepień;
- 10) Poradnia Anestezjologiczna;
- 11) Poradnia Małoinwazyjnej Terapii Zabiegowej;
- 12) Centrum Miopatii Zapalnych;
- 13) Poradnia Okulistyczna;
- 14) Poradnia Hematologiczna;
- 15) Poradnia Immunologiczna;
- 16) Centrum Wsparcia Zdrowia Prokreacyjnego w Chorobach Autoimmunologicznych.

Nadzór merytoryczny nad:

- 1) Działem (Pracownią) Fizjoterapii sprawuje Kierownik Kliniki Rehabilitacji;
- 2) Poradnią Małoinwazyjnej Terapii Zabiegowej sprawuje Kierownik Zakładu Schorzeń Narządu Ruchu;
- 3) Centrum Wsparcia Zdrowia Prokreacyjnego w Chorobach Autoimmunologicznych sprawuje Kierownik Kliniki Układowych Chorób Tkanki Łącznej.

16. Do zadań **Bloku Operacyjnego** należy:

- 1) prowadzenie leczenia operacyjnego pacjentów hospitalizowanych w Instytucie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 2) wprowadzanie nowych metod operacyjnych;
- 3) sporządzanie i realizowanie planów zabiegów operacyjnych;
- 4) koordynowanie prac zespołów operacyjnych;
- 5) nadzór nad przygotowaniem i zaopatrzeniem sali operacyjnej w sprzęt i leki, materiały operacyjne oraz należyta konserwacją sprzętu;
- 6) mycie i dezynfekcja właściwych narzędzi w celu wyjałowienia;
- 7) przygotowanie, opracowywanie i pakowanie oraz sterylizacja materiałów zgodnie z opracowanymi instrukcjami;
- 8) prowadzenie stałej kontroli bakteriologicznej materiałów poddawanych procesom sterylizacji;
- 9) prowadzenie dokumentację związaną z przyjmowaniem, myciem, dezynfekcją i sterylizacją materiału.

17. Do zadań Punktu Przyjęć Planowych należy:

- 1) przyjmowanie pacjentów zapisanych do hospitalizacji w Instytucie;
- 2) dokonywanie wstępnego badania przyjmowanych pacjentów;
- 3) zakładanie dokumentacji medycznej;
- 4) kierowanie do Klinik i Oddziałów Instytutu.
- 5) prowadzenie kwalifikacji pacjentów do hospitalizacji w Klinikach i Oddziałach;
- 6) udzielanie pomocy osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 7) pobranie oraz przygotowanie materiału biologicznego do wykonania badań;
- 8) prowadzenie depozytu szpitalnego;

18. Do zadań Konsultantów medycznych należy udzielanie konsultacji pacjentom Instytutu.

19. Do zadań Ośrodka Terapii Biologicznej należy:

- 1) prowadzenie leczenia biologicznego i lekami syntetycznymi oraz monitorowanie działań niepożądanych prowadzonej terapii, w tym w ramach Programów Lekowych NFZ;
- 2) monitorowanie leczenia biologicznego w Centralnym Systemie Monitorowania Programów Terapeutycznych NFZ;
- 3) prowadzenie leczenia w ramach trybu ambulatoryjnego oraz hospitalizacji jednodniowej.

20. Do zadań Ośrodka Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów (KOWZS) należy:

- 1) przeprowadzanie konsultacji reumatologicznych pacjentów;

2) diagnozowanie chorób w oparciu o badania laboratoryjne i obrazowe.

Nadzór merytoryczny nad Ośrodkiem Wczesnej Diagnostyki Reumatoidalnego Zapalenia Stawów sprawuje Kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów.

21. Do zadań **Pracowni Kapilaroskopii** należy udzielanie świadczeń medycznych pacjentom w zakresie diagnostyki problemów z mikrokrążeniem.

22. Do zadań **Pracowni Elektromiografii – EMG** należy udzielanie świadczeń medycznych pacjentom w zakresie diagnostyki chorób obwodowego i centralnego układu nerwowego oraz mięśni.

23. Do zadań **Pracowni Echokardiografii (ECHO)** należy wykonywanie spoczynkowych badań ultrasonograficznych serca.

24. Do **Działu Koordynującego Ruch Pacjenta (DKRP)** należy wykonywanie prac organizacyjnych i administracyjnych w zakresie:

- 1) stałej współpracy i wymiany informacji pomiędzy DKRP a Klinikami/Oddziałami Instytutu/Ośrodkiem Terapii Biologicznej za pośrednictwem Sekretarek Medycznych;
- 2) planowanie i sporządzanie rozkładów - harmonogramów operacji na Bloku Operacyjnym;
- 3) ustalanie terminów planowych przyjęć do Instytutu pacjentów kierowanych z poradni specjalistycznych oraz po odbytych kwalifikacjach lekarskich w Punkcie Przyjęć Planowych;
- 4) kontakt z pacjentami oczekującymi (bezpośredni, telefoniczny lub mailowy), informowanie ich o czasie oczekiwania, procedurach i wymaganiach dotyczących przyjęcia do Instytutu, wzywanie chorych zgodnie z obowiązującą kolejnością na zwalniające się łóżka;
- 5) rejestracja wizyt pacjentów do wszystkich komórek organizacyjnych Instytutu (bezpośrednio w Instytucie, telefonicznie lub mailowo) oraz nadzór nad kolejnością przyjmowania chorych i obiegiem dokumentacji medycznej;
- 6) prowadzenie ewidencji usług medycznych w Instytucie;
- 7) sporządzanie harmonogramów i planów dostępnych gabinetów w ramach Izby Przyjęć i Zespołu Poradni;
- 8) dystrybucji kompletnych historii chorób do archiwum;
- 9) aktualizacji raportów dotyczących wypisów pacjentów, historii chorób, sporządzania raportów dotyczących raportowania kolejek w Klinikach oraz raportów do podmiotów zewnętrznych, sporządzanie cyklicznych raportów dotyczących wykonania kontraktów i przyjęć w poszczególnych Klinikach;
- 10) udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom i innym uprawnionym osobom oraz podmiotom zewnętrznym;

- 11) prowadzenia i nadzorowania ruchu chorych w dedykowanym systemie;
- 12) organizacji zewnętrznych konsultacji specjalistycznych na potrzeby Klinik Instytutu;
- 13) koordynacji działań i informacji związanych ze zgonem pacjenta (kontakt z prokuraturą, prosektorium, zakładem pogrzebowym);
- 14) terminowego obiegu przychodzącej, wychodzącej i wewnętrznej korespondencji o charakterze medycznym;
- 15) współpraca z Działem Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych w sprawie pacjentów, rozliczeń, danych i raportów;
- 16) współpraca z Kierownikiem Zespołu Poradni, Kierownikiem Ośrodka Terapii Biologicznej, Pielęgniarką Oddziałową w zakresie organizacji pracy poszczególnych poradni;
- 17) współpraca z lekarzami przyjmującymi w poszczególnych poradniach w zakresie czasu, miejsca, kolejności przyjmowania pacjentów. Udzielanie informacji i zapisywanie na zlecane badania.
- 18) rejestracja pacjentów do poradni specjalistycznych oraz Ośrodka Terapii Biologicznej z uwzględnieniem specyfiki pracy i wymogów NFZ w ramach prowadzonego leczenia w Programach Lekowych NFZ;
- 19) zakładanie dokumentacji medycznej pacjentów ambulatoryjnych;
- 20) sprawdzanie uprawnień pacjentów do świadczeń;
- 21) udzielanie informacji o godzinach przyjęć;
- 22) przygotowanie gabinetów lekarskich do przyjęć pacjentów poprzez uzupełnienie obowiązujących druków, pieczętek, datowników;
- 23) porządkowanie i przechowywanie bieżącej dokumentacji medycznej pacjentów ambulatoryjnych;
- 24) prowadzenie ewidencji przyjmowanych pacjentów, w tym kolejki oczekujących, w formie rejestru zgodnie z wymogami NFZ;
- 25) współpraca z Działem Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych, Ośrodkiem Terapii Biologicznej i Kliniką Reumatologii Dziecięcej w zakresie programów lekowych oraz Archiwum.

§ 25.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych

1. Do zadań Działu Administracji należy:

- 1) administrowanie budynkami oraz terenem należącym do Instytutu, w tym Zespołem Obiektów Konstancin-Jeziorna, w tym: zabezpieczenia p.poż. budynków, ochrona obiektu, wynajem powierzchni;
- 2) organizowanie transportu samochodowego oraz wewnętrznego;
- 3) składanie sprawozdań z działalności dla potrzeb instytucji uprawnionych do żądania tego typu dokumentów w zakresie działalności administracyjnej;

- 4) koordynacja współpracy z firmami zewnętrznymi w zakresie wynajmu powierzchni oraz świadczenia usług dla Instytutu;
- 5) prowadzenie bazy danych oraz systemu przepustek uprawniających do wjazdu na teren Instytutu;
- 6) prowadzenie okresowych brakowań i kasacji sprzętu i materiałów nienadających się do dalszego użytku w zakresie usług administracyjnych;
- 7) ewidencjonowanie i przechowywanie, w okresie ustalonym obowiązującymi przepisami, dokumentów wymagających okresowej archiwizacji;
- 8) administrowanie budynkiem mieszkalnym Instytutu oraz hotelem pracowniczym, ustalanie i pobieranie opłat, ustalanie obciążenia dla najemców;
- 9) koordynacja prac w zakresie zaopatrzenia materiałowego dla komórek organizacyjnych i uczestniczenie w przygotowaniu przetargów;
- 10) prowadzenie w systemie informatycznym rejestru asortymentu oraz ilości i wartości dokonanych zakupów towarów i usług o wartości nieprzekraczającej kwoty określonej w art. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych;
- 11) przejmowanie dokumentacji, przechowywanie, zabezpieczanie oraz prowadzenie jej ewidencji;
- 12) udostępnianie, przeprowadzanie kwerendy archiwalnej (poszukiwanie w dokumentacji informacji na temat osób, zdarzeń, problemów);
- 13) inicjowanie brakowania w dokumentacji niearchiwalnej;
- 14) przygotowywanie materiałów archiwalnych do archiwum państwowego;
- 15) sporządzanie rocznego sprawozdania ze stanu dokumentacji oraz doradzanie w zakresie właściwego postępowania z dokumentami;
- 16) prowadzenie bieżących kontroli dotyczących kosztów i jakości świadczonych usług przez firmy zewnętrzne;
- 17) przechowywanie wskazanych przez Dyrektora oryginałów dokumentów wpływających do Instytutu oraz przekazywanie ich kopii właściwym komórkom organizacyjnym;
- 18) wysyłanie korespondencji, odbieranie oraz rozdział jej pomiędzy komórkami organizacyjnymi Instytutu;
- 19) zapewnianie obsługi sekretarskiej dla Dyrektora oraz jego Zastępców ds. Ekonomiczno-Finansowych, ds. Administracyjno-Technicznych i ds. Klinicznych.

W Dziale Administracji wyodrębnia się Archiwum oraz Kancelarię Instytutu.

2. Do zadań **Działu Informatyki** należy:

- 1) zapewnienie poprawnego działania sieci komputerowej;
- 2) zapewnienie bieżącej pomocy użytkownikom systemów informatycznych;
- 3) administrowanie infrastrukturą sprzętowo - serwerową Instytutu;
- 4) nadzór nad realizacją umów z zakresu obsługi, serwisu i rozwoju systemów IT;
- 5) zapewnienie bezpieczeństwa informatycznego oraz prewencja antywirusowa w administrowanych sieciach;

- 6) konfiguracja nowych jednostek komputerowych oraz instalacja oprogramowania w sieci;
- 7) naprawa sprzętu komputerowego oraz nadzór nad naprawami gwarancyjnymi;
- 8) opracowywanie specyfikacji sprzętu komputerowego i oprogramowania do prowadzonych postępowań przetargowych w zakresie IT;
- 9) nadzorowanie i udział we wdrożeniach nowych systemów informatycznych lub ich nowych funkcjonalności;
- 10) prowadzenie nadzoru nad realizacją szkoleń dla wszystkich użytkowników technologii informatycznej;
- 11) administracja stroną internetową Instytutu oraz kontami poczty elektronicznej;
- 12) zapewnienie stałej łączności telefonii stacjonarnej i komórkowej oraz aktualizacja książki telefonicznej Instytutu.

3. Do zadań Działu Technicznego należy:

- 1) nadzorowanie i koordynacja działań, w tym działań firm zewnętrznych, w zakresie eksploatacji budynków, budowli, urządzeń i instalacji elektrycznych, sanitarnych, wentylacyjnych i klimatyzacyjnych oraz sieci gazowych;
- 2) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji technicznej dla wszystkich obiektów budowlanych;
- 3) nadzorowanie i koordynacja działań, w tym działań firm zewnętrznych, w zakresie informatycznym i teletechnicznym;
- 4) uruchamianie nowego sprzętu i nowej aparatury medycznej przy współudziale serwisu zewnętrznego po ich zagospodarowaniu przez użytkownika w Instytucie;
- 5) zapewnienie porządku na terenie należącym do Instytutu, w tym w Zespole Obiektów Konstancin-Jeziorna;
- 6) dokonywanie przeglądów i konserwacji bieżących sprzętu i aparatury medycznej wynikających z uwarunkowań technicznych wymaganych przez producentów, mające na celu zagwarantowanie ciągłości pracy;
- 7) dokonywanie oceny zakresu uszkodzeń sprzętu i aparatury medycznej skierowanych do naprawy zewnętrznej, wzywanie serwisu do naprawy na miejscu lub do podjęcia innych działań;
- 8) ewidencjonowanie potrzeb, zamawianie części zamiennych oraz wybranych materiałów eksploatacyjnych;
- 9) współpraca z autoryzowanymi serwisami specjalistycznymi w celu utrzymania sprawności i ciągłości pracy sprzętu i aparatury medycznej;
- 10) prowadzenie systemu ewidencji sprzętu i wyposażenia medycznego w Instytucie.

4. Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy:

- 1) przygotowywanie i współprowadzenie procedur wg trybów określonych ustawą Prawo zamówień publicznych;
- 2) nadzorowanie procesu zawierania umów na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych i prawidłowość ich realizacji;

- 3) przygotowywanie planu terminów realizacji procedur oraz planu zamówień publicznych w oparciu o dane otrzymane z pozostałych jednostek organizacyjnych Instytutu;
 - 4) nadzorowanie sprawności i terminowości przeprowadzania postępowań przetargowych;
 - 5) nadzorowanie i właściwe dokumentowanie przebiegu realizowanych procedur;
 - 6) monitorowanie warunków umów zawartych na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych.
- 5. Do zadań Działu Projektów Infrastrukturalnych należy:**
- 1) analizowanie możliwości pozyskania dostępnych środków z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych na realizację zadań inwestycyjnych, nie inwestycyjnych, profilaktycznych oraz wszelkich projektów Instytutu;
 - 2) przekazywanie aktualnych informacji, w zakresie możliwości pozyskania dostępnych środków zewnętrznych, Dyrektorowi, Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych oraz Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych i zainteresowanym komórkom organizacyjnym Instytutu;
 - 3) bieżąca współpraca z komórkami organizacyjnymi Instytutu w zakresie pozyskiwania środków zewnętrznych;
 - 4) bieżąca współpraca z komórkami organizacyjnymi Instytutu, w zakresie przygotowywania informacji, niezbędnych do sporządzenia wniosków aplikacyjnych, w szczególności założeń projektowych, harmonogramów rzeczowo-finansowych, kosztów inwestycji, planów finansowych oraz innych niezbędnych dokumentów;
 - 5) współpraca z podmiotami zewnętrznymi (m.in. organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi itp.) w zakresie pozyskiwania i realizacji projektów partnerskich współfinansowanych ze środków zewnętrznych,
 - 6) gromadzenie wszelkich danych niezbędnych do właściwego opracowania dokumentów aplikacyjnych;
 - 7) monitoring i koordynacja działań zleconych zewnętrznym podmiotom w zakresie opracowywanych dokumentów aplikacyjnych;
 - 8) przygotowanie, kompletowanie i przekazywanie dokumentów aplikacyjnych do odpowiednich instytucji oraz podmiotów;
 - 9) kontakty z instytucjami oraz podmiotami zaangażowanymi we wdrażanie funduszy z UE oraz z innych źródeł zewnętrznych;
 - 10) prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych źródeł zewnętrznych;
 - 11) rozliczanie umów o dofinansowanie ze środków zewnętrznych;
 - 12) bieżąca współpraca z komórkami organizacyjnymi Instytutu, w zakresie realizacji projektów współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych;
 - 13) kontakt z instytucjami lub podmiotami, z którymi Instytut podpisał umowy o dofinansowanie ze środków zewnętrznych;
 - 14) kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów;

- 15) opracowywanie, przy współpracy z właściwymi komórkami, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji i rozliczania projektów;
- 16) podejmowanie działań o charakterze informacyjno - promocyjnym i wizerunkowym w związku z realizowanymi projektami;
- 17) monitorowanie i kontrola zgodności realizacji przedsięwzięć współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych z zawartymi umowami i obowiązującym prawem;
- 18) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia;
- 19) monitorowanie projektów w okresie ich trwałości;
- 20) przygotowywanie sprawozdań dla instytucji lub podmiotów finansujących;
- 21) współpraca z użytkownikami projektów;
- 22) gromadzenie danych o zrealizowanych projektach;
- 23) archiwizacja projektów oraz dokumentacji związanej z ich realizacją, zgodnie z wytycznymi które obowiązują w tym zakresie.

6. Do zadań Inspektora ds. Obronnych należy:

- 1) prowadzenie stałej współpracy z Wojskowymi Centrami Rekrutacji w zakresie spraw wojskowych w oparciu o ustawę z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (tj. Dz. U. z 2024, poz. 248 z późn. zm.);
- 2) prowadzenie dokumentacji planistycznej oraz szkolenie z zakresu planowania obronnego, obrony cywilnej, powszechnej samoobrony i zarządzania kryzysowego;
- 3) prowadzenie magazynu sprzętu i mienia obrony cywilnej;
- 4) współdziałanie z inspektorem ochrony radiologicznej, inspektorem ds. BHP, inspektorem ds. ppoż. oraz pielęgniarką epidemiologiczną;
- 5) na podstawie ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 632 z późn. zm.), wykonywanie zadań w zakresie:
 - a) ochrony informacji niejawnych,
 - b) ochrony systemów teleinformatycznych,
 - c) kontroli ochrony informacji niejawnych,
 - d) prowadzenia szkoleń z zakresu ochrony informacji niejawnych,
 - e) prowadzenia aktualnego wykazu osób, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych,
 - f) prowadzenia kancelarii tajnej na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania kancelarii tajnych oraz sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych (tj. Dz.U. z 2017 r., poz. 1558),
 - g) współpracy z Inspektorem Bezpieczeństwa Teleinformatycznego oraz Administratorem Systemu Teleinformatycznego.

7. Do zadań Inspektora ds. BHP i p.poz należy:

- 1) wykonywanie czynności przewidzianych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. 1997, Nr 109, poz. 704 z późn. zm.), w tym zadań służby BHP, do których należą:
- 2) systematyczna kontrola warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników zasad przepisów BHP;
- 3) informowanie Dyrektora o stanie BHP;
- 4) przeprowadzanie kontroli realizacji zarządzeń pokontrolnych;
- 5) współpraca ze Społecznym Inspektorem Pracy;
- 6) nadzór nad prowadzonymi przez komórki organizacyjne ewidencjami wymaganymi przepisami prawa pracy oraz na zlecenie komórek organizacyjnych Instytutu dokonywanie wymaganej prawem rejestracji sprzętu medycznego;
- 7) prowadzenie całokształtu spraw związanych z ustaleniami, realizacją i oceną programów działania w zakresie poprawy stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w Instytucie;
- 8) inicjowanie i opracowywanie projektów przepisów w zakresie bezpieczeństwa oraz instrukcji wykonawczych dla komórek organizacyjnych Instytutu w tym zakresie,
- 9) opracowywanie programów i planów szkolenia w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego i nadzorowanie przestrzegania przepisów przeciwpożarowych;
- 10) prowadzenie szkoleń pracowników z zakresu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w zakresie oraz terminach przewidzianych przepisami prawa.

§ 26.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych

1. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy:

- 1) kompletownie i sprawdzanie pod względem formalnym i rachunkowym dokumentacji źródłowej;
- 2) sporządzanie rocznych i okresowych sprawozdań finansowych;
- 3) terminowa realizacja płatności;
- 4) prowadzenie kasy Instytutu;
- 5) prowadzenie dokumentacji oraz rozliczanie podatków, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 6) nadzorowanie całokształtu prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez inne komórki organizacyjne Instytutu;
- 7) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej składników majątkowych;
- 8) prowadzenie spraw związanych z inwentaryzacją składników majątku;
- 9) prowadzenie centralnego rejestru umów;
- 10) przechowywanie umów oraz przekazywanie ich kopii do właściwych komórek organizacyjnych;
- 11) współpraca w zakresie prowadzenia rozliczeń finansowych i sprawozdawczości dotyczących realizowanych przez Instytut projektów;

12) współpraca z jednostkami zewnętrznymi w zakresie wykonywanych zadań.

2. Do zadań **Dział Kontrolingu i Analiz** należy:

- 1) współdziałanie przy opracowywaniu planów wieloletnich – strategicznych i rocznych planów finansowych;
- 2) nadzór nad prowadzeniem wewnętrznej sprawozdawczości w celu kontroli wykonania planów (budżetowania);
- 3) opracowywanie informacji przed zawarciem umów obejmujących zagadnienia dotyczących ich opłacalności w zakresie ekonomicznym, zobowiązań publicznoprawnych i innych;
- 4) przygotowywanie w różnych formach prezentacji materiałów analitycznych i planistycznych oraz informacyjnych i szkoleniowych;
- 5) koordynacja spraw związanych z kalkulacjami cen usług medycznych, poza medycznych świadczonych przez Instytut w ramach prowadzonej działalności;
- 6) systematyczne i szczegółowe monitorowanie realizacji planu kosztów medycznych oraz przygotowywanie materiałów i analiz kosztowych;
- 7) inicjowanie przedsięwzięć mających na celu polepszenie metod i wyników gospodarowania środkami finansowymi i rzeczowymi;
- 8) monitorowanie wniosków zakupowych i wyjazdowych dotyczących wykonania przedmiotu umów z zakresu działalności naukowej (granty, projekty zamawiane);
- 9) analiza informacji o ilości wykonywanych wewnętrznie procedurach medycznych;
- 10) tworzenie i aktualizacja cenników wykonywanych usług; wycena kosztów leczenia pacjentów Instytutu;
- 11) prowadzenie bieżącej analizy i weryfikacja przychodów i kosztów według miejsca ich powstawania oraz źródeł finansowania;
- 12) sporządzanie okresowych informacji kontrolingowych dla kierownictwa Instytutu;
- 13) przygotowywanie ofert zgodnie z ogłaszanymi postępowaniami w trybie konkursu ofert lub rokowań, których celem jest zawarcie umów z Płatnikiem (NFZ);
- 14) nadzór nad rozliczaniem badań klinicznych prowadzonych w Instytucie.

3. Do zadań **Dział Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych** należy:

- 1) współdziałanie w procesie negocjowania, re negocjowania, zawierania i realizacji umów z Płatnikiem (NFZ); innymi podmiotami oraz jednostkami zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 2) przygotowywanie sprawozdań i rozliczeń udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 3) stały monitoring wykonania umów z płatnikiem w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych;
- 4) terminowe i rzetelne rozliczanie świadczeń medycznych;
- 5) fakturowanie/wystawianie faktur korygujących do Płatnika (NFZ);
- 6) prowadzenie korespondencji z Płatnikiem (NFZ), Ministerstwem Zdrowia i innymi Urzędami;

- 7) bieżące monitorowanie ewidencji udzielanych świadczeń zdrowotnych pod kątem poprawności i kompletności danych wymaganych do terminowego ich rozliczenia z Płatnikiem (NFZ);
- 8) kontrola udzielanych świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez uprawnione podmioty zewnętrzne;
- 9) analiza i raportowanie kolejek oczekujących;
- 10) przygotowywanie kalkulacji do umów na leczenie komercyjne (pacjenci nieubezpieczeni);
- 11) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji sprawozdawczej dla Płatnika (NFZ), Ministra Zdrowia i Urzędu Miasta st. Warszawy;
- 12) nadzór nad realizacją umów na programy polityki zdrowotnej i komercyjne usługi medyczne;
- 13) prowadzenie zestawień wskaźników statystycznych Instytutu;
- 14) obsługa portalu Płatnika NFZ (system SZOI);
- 15) monitorowanie ruchu chorych pomiędzy jednostkami organizacyjnymi Instytutu;
- 16) współpraca z komórkami organizacyjnymi w celu prawidłowej realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 17) weryfikowanie prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej pod względem formalnym zgodnie z wymogami Płatnika (NFZ) i innych płatników,
- 18) sporządzanie symulacji i zestawień statystycznych z zakresu działalności medycznej Instytutu.

ROZDZIAŁ VI

Zasady współpracy i inne postanowienia regulaminu

§ 27.

Wszystkie komórki organizacyjne Instytutu zobowiązane są do ścisłej współpracy i świadczenia wzajemnych usług w ramach zadań służbowych, udostępniania sprzętu, aparatury, urządzeń oraz ścisłej łączności informatycznej i dokumentacyjnej.

§ 28.

1. W zakresie obiegu dokumentów w Instytucie obowiązują przepisy zawarte w instrukcji dot. tego obiegu, zaś w zakresie innych dziedzin gospodarki - obowiązują instrukcje szczegółowe wprowadzone zarządzeniami Dyrektora.

2. W zakresie zapewnienia porządku wewnętrznego w Instytucie wszystkich pracowników obowiązują przepisy obowiązującego regulaminu pracy, określającego również szczegółowe zasady dotyczące praw i obowiązków pracowników Instytutu.

§ 29.

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

§ 30.

1. Wszelkiego rodzaju dokumenty (pisma) o podstawowym znaczeniu podpisuje jednoosobowo Dyrektor lub wskazany przez Dyrektora Zastępca, pełnomocnik, kierownik komórki organizacyjnej na podstawie posiadanego pełnomocnictwa, pod swoją pieczęcią, w szczególności następujące dokumenty (pisma):
 - 1) zarządzenia, polecenia służbowe, pisma ogólne i komunikaty;
 - 2) wszelkie pisma i inne dokumenty dotyczące planów perspektywicznych wieloletnich, rocznych, kwartalnych i miesięcznych Instytutu oraz sprawozdania;
 - 3) dokumenty dotyczące spraw osobowych;
 - 4) dokumenty dotyczące struktury organizacyjnej Instytutu;
 - 5) pisma adresowane do organu nadzorującego, jednostek administracji publicznej;
 - 6) pisma dotyczące wyjazdów za granicę i zaproszenia z zagranicy pracowników naukowych i innych zakupów z pokrycia dewizowego;
 - 7) zatwierdzanie harmonogramów i kosztorysów prac naukowych;
 - 8) przydziału pomieszczeń w gmachu Instytutu;
 - 9) pisma mające charakter poufny i zastrzeżony oraz dotyczące spraw obronnych;
 - 10) inne pisma, sprawozdania, informacje zastrzeżone przez Dyrektora do jego podpisu.
2. Pisma zastrzeżone do podpisu przez Dyrektora powinny być przed przedłożeniem ich do podpisu parafowane na ostatniej kopii przez przedmiotowo właściwego Zastępcę Dyrektora lub kierownika komórki organizacyjnej podległej bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Kierownicy pionów organizacyjnych (Zastępcy Dyrektora) podpisują korespondencję pod swoimi pieczętami w zakresie uprawnień i kompetencji udzielonych im przez Dyrektora z zastrzeżeniem przepisów zawartych w ustępie 1.
4. Do skuteczności czynności prawnych obejmujących rozporządzanie mieniem oraz zaciąganie zobowiązań w imieniu Instytutu upoważniony jest Dyrektor samodzielnie oraz osoby wymienione w ust. 5, na zasadach tam określonych.
5. Do skuteczności czynności prawnych wymienionych w ust. 4, których wartość netto (bez podatku VAT):
 - 1) nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 7.000 EURO wyrażoną w PLN, (wyliczoną zgodnie z zasadami ustalonymi w Prawie zamówień publicznych dla ustalania wartości zamówienia) – upoważnieni są Zastępcy Dyrektora posiadający stosowne pełnomocnictwo samodzielnie;

- 2) przekracza kwotę stanowiącą równowartość 7.000 EURO wyrażoną w PLN, (wyliczoną zgodnie z zasadami ustalonymi w Prawie zamówień publicznych dla ustalania wartości zamówienia) – wymagane jest współdziałanie dwóch osób łącznie:
 - a) dwóch Zastępców Dyrektora, z których jeden posiada stosowne pełnomocnictwo,
 - b) Zastępcy Dyrektora posiadającego stosowne pełnomocnictwo i Głównego Księgowego.
6. Uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych oraz Głównego Księgowego do podpisywania określonych dokumentów ustalają odrębne przepisy.
7. Umowy powodujące skutki finansowe (z wyjątkiem umów o pracę), przed ich podpisaniem przez osoby uprawnione, wymagają parafowania przez właściwego Zastępcę Dyrektora Instytutu oraz radcę prawnego Instytutu. Zastępca Dyrektora może nałożyć na kierownika i referenta sprawy obowiązek parafowania umowy kierowanej do Dyrektora.
8. Wszelkie sporządzane pisma, powinny mieć parafę kierownika właściwej komórki organizacyjnej oraz przez bezpośredniego referenta załatwianej sprawy.

§ 31.

1. Zezwolenie na udostępnienie danych liczbowych, informacji statystycznych i innych materiałów na zewnątrz Instytutu udziela wyłącznie Dyrektor, a w razie jego nieobecności Zastępca ds. Naukowych lub inny Zastępca Dyrektora, wyłącznie w zakresie swoich kompetencji i w trybie określonym w prawie prasowym.
2. Udostępnianie informacji o charakterze zastrzeżonym lub poufnym może nastąpić tylko na piśmie za zgodą Dyrektora.
3. Wszystkie pisma wychodzące z Instytutu powinny być oznaczone symbolem komórki organizacyjnej oraz z numerem nadanym zgodnie z Jednolitym Rzeczymym Wykazem Akt Instytutu.
4. Wykaz nazw i symboli komórek organizacyjnych Instytutu zawiera załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

ROZDZIAŁ VII

Podmiot leczniczy

§ 32.

Firma i zakłady lecznicze podmiotu leczniczego

1. W rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie ze Statutem, Instytut działa pod firmą: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher.

2. Instytut jest instytutem badawczym, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000066382 oraz w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego pod nr 000000018585.
3. Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia wykonując zadania w ramach:
 - 1) zakładu leczniczego – **Zespołu Klinik Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie** - w rodzaju działalności leczniczej: Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne – szpitalne;
 - 2) zakładu leczniczego – **Zespół Poradni Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie** - w rodzaju działalności leczniczej: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

§ 33.

Cele i zadania Instytutu w zakresie działalności leczniczej

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

§ 34.

Rodzaje działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń oraz miejsca ich udzielania

1. Rodzajami działalności leczniczej prowadzonej przez Instytut są:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, obejmujące kompleksowe świadczenia zdrowotne w zakresie geriatrii, reumatologii, ortopedii, rehabilitacji i innych dziedzin pokrewnych, a także świadczenia w zakresie rehabilitacji w trybie dziennego pobytu;
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, obejmujące świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie geriatrii, reumatologii, ortopedii i innych dziedzin pokrewnych.

2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne są udzielane w zakresie następujących dziedzin medycyny przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie:
 - 1) reumatologii;
 - 2) ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
 - 3) neurochirurgii;
 - 4) rehabilitacji medycznej;
 - 5) geriatrici;
 - 6) chorób wewnętrznych;
 - 7) anestezjologii;
 - 8) diagnostyki laboratoryjnej;
 - 9) radiologii i diagnostyki obrazowej;
 - 10) rehabilitacji medycznej;
 - 11) patomorfologii;
 - 12) innych dziedzin medycyny niezbędnych do diagnostyki i leczenia.
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, zwane dalej także „świadczeniami ambulatoryjnymi”, są udzielane w zakresie następujących dziedzin medycyny przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie:
 - 1) reumatologii;
 - 2) ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
 - 3) neurochirurgii;
 - 4) geriatrici;
 - 5) anestezjologii;
 - 6) diagnostyki laboratoryjnej;
 - 7) radiologii i diagnostyki obrazowej;
 - 8) innych dziedzin medycyny niezbędnych do diagnostyki i leczenia.
4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane w poradniach odpowiednich specjalności.

§ 35.

Postanowienia ogólne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

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

4. Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty obserwacji – lekarza wykonującego znieczulenie.

§ 36.

Procedury dotyczące korzystania przez pacjentów ze świadczeń ambulatoryjnych

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

§ 37.

Procedury dotyczące przyjęcia i pobytu pacjenta w Punkcie Przyjęć Planowych oraz w klinice

1. Pacjent zgłaszający się do Instytutu celem przyjęcia planowego, przedkłada w Punkcie Przyjęć Planowych:
 - 1) skierowanie do Instytutu wraz z kompletem niezbędnych, aktualnych badań;
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument zawierający nr PESEL;
 - 3) ewentualnie dokument uprawniający do bezpłatnych świadczeń.
2. Pacjent zgłaszający się do Instytutu celem hospitalizacji planowej, powinien się zabezpieczyć w odpowiednią do pobytu w Instytucie bieliznę i odzież (piżama, szlafrok), obuwiu oraz środki higieny osobistej.
3. O przyjęciu do Instytutu osoby zgłaszającej się, orzeka lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki po:

- 1) przeprowadzeniu bezpośredniego badania, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności istotnych dla oceny zdrowia pacjenta;
- 2) uzyskaniu zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego na leczenie szpitalne, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Instytutu bez wyrażenia zgody.
4. Pacjenci planowo przyjmowani do hospitalizacji są rejestrowani w Punkcie Przyjęć Planowych.
5. Jeżeli przy badaniu chorego zachodzi podejrzenie, że uszkodzenie ciała czy choroba są następstwem działania przestępczego, lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki zawiadamia policję. Fakt powiadomienia policji należy odnotować w dokumentacji Punktu Przyjęć, z podaniem daty, godziny i nazwiska osoby, która zgłoszenie przyjęła.
6. Po badaniu lekarskim, założeniu dokumentacji medycznej i załatwieniu innych niezbędnych formalności pacjent kierowany jest do odpowiedniej kliniki.

§ 38.

Organizacja Punktu Przyjęć Planowych

1. Instytut w zakresie leczenia stacjonarnego prowadzi leczenie planowe, z wyjątkiem stanów zagrażających życiu.
2. Kwalifikacje pacjentów do przyjęcia do Instytutu przeprowadzane są w Punkcie Przyjęć Planowych 6 dni w tygodniu zgodnie z obowiązującą procedurą.
3. Kwalifikacja jest dokonywana przez lekarza wyznaczonego przez kierownika właściwej kliniki, a po godz. 15 kwalifikacji dokonuje lekarz dyżurny z kliniki, która w danym dniu przyjmuje pacjentów. Po kwalifikacji pacjent zostaje wpisany do księgi oczekujących odpowiedzialnej kliniki, a następnie do systemu informatycznego Instytutu. Na skierowaniu pacjenta wpisywany jest numer księgi oczekujących, nadawany automatycznie przez systemem. Informacja o kwalifikacji pacjenta i numerze w księdze oczekujących przesyłana jest do kliniki.
4. Przy przyjęciu pacjenta pozyskiwane są od pacjenta wszystkie niezbędne dane i zgody;
5. Pacjent jest informowany, tym, że miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest instytut badawczy oraz, że w Instytucie oprócz działalności leczniczej prowadzona jest działalność naukowa i dydaktyczna oraz potwierdza zapoznanie się z tą informacją.
6. Jeżeli w chwili zgłoszenia się chorego do Punktu Przyjęć Planowych nie zachodzi konieczność natychmiastowej hospitalizacji, lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki w porozumieniu z właściwym kierownikiem kliniki ustala plan dalszego postępowania.
7. Chory nie zakwalifikowany do leczenia szpitalnego otrzymuje kartę informacyjną i jest powiadamiany o możliwości kontynuowania leczenia w trybie ambulatoryjnym.
8. W przypadku skierowania chorego do kliniki, lekarz uzyskuje zgodę od pacjenta na przyjęcie do Instytutu.
9. W przypadku konieczności, po przyjęciu do Punktu Przyjęć Planowych, a przed umieszczeniem chorego w klinice, należy chorego doprowadzić do wymaganego stanu higienicznego.

10. Pracą Punktu Przyjęć Planowych kieruje pielęgniarka koordynująca lub pielęgniarka oddziałowa.

§ 39.

Udzielanie świadczeń w klinikach i na oddziałach

1. Kierownik Kliniki - Ordynator, do której przyjęto pacjenta, wyznacza lekarza prowadzącego, który bezpośrednio opiekuje się pacjentem i prowadzi dokumentację medyczną.
2. Z chwilą przyjęcia pacjenta na leczenie do kliniki, lekarz prowadzący przeprowadza jego badanie w celu ustalenia rozpoznania i ustalenia sposobu postępowania medycznego – planu opieki.
3. W klinice obowiązuje rozkład dnia określony przez Kierownika Kliniki – Ordynatora.
4. Gospodarkę środkami odurzającymi w klinice, prowadzi Kierownik Kliniki – Ordynator lub lekarz przez niego wyznaczony. Kierownik Kliniki – Ordynator ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za stan tych środków, ich pobieranie, przechowywanie, wydawanie i prowadzenie szczegółowej ewidencji rozchodu środków odurzających. Każda pozycja ewidencji powinna być podpisana przez Kierownika Kliniki - Ordynatora lub wyznaczonego przez niego lekarza. Niezależnie od powyższej ewidencji każdy zapis rozchodu środka odurzającego musi znaleźć potwierdzenie w:
 - 1) karcie indywidualnych zleceń;
 - 2) raportach pielęgniarskich.
5. Świadczenia zdrowotne w klinice udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny i spełniające warunki określone w obowiązujących przepisach prawa.
6. Lekarze i pielęgniarki w zakresie wykonywanych czynności służbowych podlegają ochronie podobnie jak funkcjonariusze publiczni.
7. W każdej klinice znajduje się pokój badań pacjentów, zapewniający intymność pacjentowi podczas badania i w czasie rozmowy z lekarzem.
8. Szczegółowe prawa pacjenta zostały określone w Karcie Praw Pacjenta i umieszczone na tablicy w każdej klinice Instytutu.
9. W razie stwierdzenia potrzeby wykonania u pacjenta zabiegu operacyjnego lub diagnostyki inwazyjnej, lekarz jest obowiązany udzielić pacjentowi przystępnej informacji o rodzaju i zakresie zabiegu, metodach jego prowadzenia, możliwych do przewidzenia powikłaniach i ewentualnych następstwach zabiegu oraz uzyskać od pacjenta lub jego opiekuna - przedstawiciela ustawowego, pisemną zgodę.
10. W razie odmowy udzielenia zgody lekarz powinien uzyskać pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, że pacjent został uprzedzony o możliwych następstwach niedokonania zabiegu i wynikającym z tego zagrożeniu dla jego zdrowia i życia.
11. W klinice obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych i środków odurzających oraz uprawiania gier hazardowych.
12. Korzystanie z telefonów komórkowych jest zabronione w miejscach i pomieszczeniach oznaczonych jako objęte tym zakazem.

13. Pacjent może korzystać z własnego sprzętu radiofonicznego lub innego elektronicznego, z wyjątkiem odbiorników TV. Korzystanie przez pacjenta hospitalizowanego z wniesionego do Instytutu sprzętu radiofonicznego lub innego, wymaga uprzedniego wyrażenia zgody przez pacjentów przebywających w tej samej sali szpitalnej oraz ustalenia – w przypadku uzyskania takiej zgody – z lekarzem prowadzącym, czy używanie tego sprzętu nie wpłynie niekorzystnie na przyjętą terapię leczniczą, zarówno wobec niego jak innych pacjentów. Korzystanie z tego sprzętu odbywa się w sposób nie zakłócający terapii i odpoczynku innych pacjentów.
14. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia wniesionego przez pacjenta do Instytutu sprzętu, bez względu na okoliczności obciąża pacjenta.
15. Pacjenci nie mogą opuszczać terenu Instytutu bez uprzedniego uzgodnienia tego faktu z lekarzem prowadzącym lub lekarzem dyżurnym. Nadto powinni przestrzegać ustalonego w klinice porządku i organizacji pracy oraz:
 - 1) przebywać w sali w porach obchodów lekarskich;
 - 2) przebywać w sali w porach wydawania posiłków;
 - 3) nie zakłócać spokoju innym pacjentom;
 - 4) szanować prawa przysługujące innym pacjentom Instytutu, w tym również prawa do przebywania w szpitalu w odpowiednich warunkach higieniczno – sanitarnych.
16. Instytut zapewnia pacjentowi transport środkiem transportu sanitarnego, w przypadkach wynikających z jego stanu zdrowia i uwarunkowań związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych określonych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 40.

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych na Bloku Operacyjnym

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

§ 41.

Przechowywanie osobistych rzeczy chorych

1. Pacjent przyjęty na leczenie stacjonarne pozostawia ubranie, obuwie i bieliznę osobistą na przechowanie w Depozycie Ubrań lub przekazuje rodzinie.
2. Ubranie, obuwie i bieliznę pacjenta przyjmuje wyznaczony pracownik Punktu Przyjęć Planowych, wpisując i odnotowując w kwitariuszu ich ogólny wygląd i stan. Pacjent lub towarzysząca mu osoba, potwierdza swoim własnoręcznym czytelnym podpisem spis rzeczy pozostawionych na przechowanie. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub z innych przyczyn nie może złożyć podpisu, rzeczy pacjenta przyjmują co najmniej dwie osoby.
3. Kwitariusz rzeczy oddanych na przechowanie sporządzony jest w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje pacjent, drugi dołącza się do rzeczy pacjenta, a trzeci pozostaje w grzbiecie kwitariusza w Punkcie Przyjęć Planowych.
4. Osoba przyjmująca rzeczy pacjenta, odpowiada za ich przechowanie w podręcznym magazynie aż do chwili przekazania ich do Depozytu Ubrań.
5. Bieliznę i odzież pacjenta przechowuje się w Depozycie Ubrań w warunkach zabezpieczających je przed zniszczeniem (w specjalnych workach).
6. W Depozycie Ubrań prowadzona jest księga „Depozyt Ubrań”, w której odnotowuje się: nazwisko i imię pacjenta i numer księgi głównej.
7. Odzież, obuwie i bieliznę osobistą pacjenta, przyjętą na przechowanie do Depozytu Ubrań – wydaje się po okazaniu kwitu depozytowego wypisanemu ze Instytutu pacjentowi lub osobie najbliższej pacjentowi.
8. Pacjent przyjmowany do Instytutu może złożyć do depozytu rzeczy wartościowe. Zasady przyjmowania rzeczy wartościowych do depozytu i postępowania z depozytami, określa Dyrektor w drodze zarządzenia wewnętrznego.

§ 42.

Odwiedziny pacjentów

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych, mogą się odbywać całodobowo pod warunkiem, że nie zakłócą toku planowanych badań i zabiegów przy pacjentach oraz ustalonego porządku pracy kliniki.
2. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn uzasadnionych dobrem pacjentów, może być wprowadzony okresowo zakaz odwiedzin pacjentów w Instytucie.
3. Na życzenie pacjenta, prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego określonych.
4. Osoba odwiedzająca pacjenta, jest zobowiązana:
 - 1) przestrzegać porządku ustalonego w Instytucie i w tym zakresie podporządkować się zaleceniom i wskazaniom personelu;
 - 2) pozostawić w szatni wierzchnie okrycie, nakrycie głowy, parasol itp.
5. Nie mogą odwiedzać pacjentów osoby chore oraz osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
6. Osobom odwiedzającym pacjentów zabrania się:

- 1) ze względów sanitarno–epidemiologicznych – wprowadzania lub wnoszenia do Instytutu jakichkolwiek zwierząt, siadania na łózkach pacjentów oraz korzystania w czasie odwiedzin z ich naczyń i przedmiotów osobistego użytku;
 - 2) ze względu na poszanowanie praw wszystkich pacjentów – prowadzenia głośnych rozmów oraz poruszania tematów, które mogłyby wprowadzić pacjentów w stan niepokoju.
7. Osoby odwiedzające pacjenta mogą zwracać się o informację dotyczącą stanu zdrowia chorego do lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego, z tym, że lekarz może udzielić takiej informacji tylko osobie wskazanej przez pacjenta, a jeżeli pacjent jest nieprzytomny i nie złożył wcześniej w tym względzie żadnego oświadczenia woli – tylko osobie najbliższej pacjentowi.
8. W przypadku naruszenia przez osobę odwiedzającą pacjenta w instytucie, zasad odwiedzin, zakłócenia spokoju i porządku szpitalnego bądź samodzielnej ingerencji w proces leczniczy lub terapeutyczny, którym objęty jest pacjent, lekarz leczący pacjenta bądź lekarz dyżurny ma prawo wyprosić tę osobę z Instytutu, a jeżeli wezwanie do opuszczenia Instytutu okaże się nieskuteczne, w przypadkach uzasadnionych dobrem pacjenta lub dobrem Instytutu ma prawo zarządzić jego przymusowe wyprowadzenie z terenu Instytutu.

§ 43.

Wypisanie z Instytutu

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

5. Jeżeli pacjent niezdolny do samodzielnej egzystencji nie został odebrany w wyznaczonym przez Instytut terminie przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, Instytut niezwłocznie zawiadamia o tym gminę właściwą ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu pacjenta oraz organizuje na jej koszt przewiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania.
6. Za pobyt w Instytucie w okolicznościach określonych w ust. 4, Instytut wystawia pacjentowi rachunek, będący podstawą uiszczenia zapłaty.

§ 44.

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

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

8. Pielęgniarka przyjmuje informacje i w obecności świadków (drugiej pielęgniarki, lekarza, salowej) sporządza protokół rzeczy pozostawionych przez zmarłego pacjenta. Protokół sporządza się w dwóch egzemplarzach. Protokół powinien być podpisany czytelnie przez świadków. Protokół razem z rzeczami wartościowymi pacjenta i pieniędzmi należy zabezpieczyć w sejfie, a ubranie przekazać do magazynu ubrań i wpisać na kwit. Drugi egzemplarz powinien być przechowywany w raporcie pielęgniarstwie do momentu przekazania rzeczy rodzinie zmarłego. Rodzina kwituje odbiór rzeczy pacjenta podpisem, a ponadto do protokołu należy wpisać z dowodu osobistego dane osoby odbierającej. Protokół przechowuje się przez okres 1-go roku.
9. Lekarz lub pielęgniarka zawiadamia rodzinę zmarłego pacjenta lub inną osobę wskazaną w historii choroby o fakcie zgonu, podając następujące informacje o:
 - 1) planowanym zabraniu zwłok przez firmę pogrzebową, z którą Instytut ma podpisaną umowę, ewentualnie o możliwości wskazania innej firmy pogrzebowej przez rodzinę zmarłego;
 - 2) ostatniej woli zmarłego (złożonym testamentie, oświadczeniu);
 - 3) pozostawionych przez zmarłego rzeczach osobistych, pieniądzach, przedmiotach wartościowych, ubraniach, które zostały spisane w protokole i zabezpieczone w sposób określony w ust. 8;
 - 4) adresie i miejscu przechowywania zwłok;
 - 5) pokrywaniu przez Instytut kosztów związanych z transportem zwłok do firmy pogrzebowej i przechowywaniu tam zwłok przez trzy doby;
 - 6) konieczności dostarczenia do firmy pogrzebowej odzieży niezbędnej do pochowania osoby zmarłej;
 - 7) konieczności potwierdzenia w firmie pogrzebowej odbioru zwłok i wykonanych prac związanych z przygotowaniem zwłok do pochówku;
 - 8) konieczności przedstawienia w firmie pogrzebowej zlecenia dla niej, które wraz z rzeczami z depozytu rodzina (opiekun) otrzyma w klinice (po godz. 15.00 oraz w weekendy).
10. Pielęgniarka informuje wskazaną przez rodzinę, a w przypadku braku wskazania, wybraną przez Instytut firmę pogrzebową o konieczności odebrania zwłok. W przypadku decyzji o konieczności przeprowadzenia sekcji zwłok ciało jest przewożone do firmy pogrzebowej do czasu wyznaczenia miejsca przeprowadzenia sekcji. Następnie wypełnia zlecenie w dwóch egzemplarzach, po jednym dla firmy pogrzebowej i kliniki. Kopię zlecenia otrzymuje rodzina lub opiekun osoby zmarłej.
11. Pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni firmy pogrzebowej, która zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 4) datę i godzinę zgonu;
 - 5) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej;
 - 6) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę;

- 7) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej;
 - 8) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej.
12. Pielęgniarka i personel pomocniczy wykonują toaletę pośmiertną. Przy wykonywaniu toalety pośmiertnej należy postępować w sposób gwarantujący poszanowanie zwłok, w tym obowiązuje zachowanie powagi, taktu i delikatności. W ramach toalety pośmiertnej należy w szczególności:
- 1) odłączyć i usunąć wszystkie przyrządy medyczne;
 - 2) zabezpieczyć miejsca wkluc i ewentualnych ran opatrunkami;
 - 3) rozebrać zwłoki;
 - 4) umyć całe ciało – twarz, tułów, ręce plecy, pośladki i kończyny dolne;
 - 5) założyć wkładkę z ligniny;
 - 6) uczesać włosy;
 - 7) podwiązać żuchwę bandażem (pod bandaż w okolicy brody podłożyć gazik);
 - 8) przymknąć powieki i położyć wilgotne gaziki;
 - 9) oznakować zwłoki tj. założyć na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego; identyfikator powinien zawierać: imię i nazwisko osoby zmarłej, PESEL osoby zmarłej a w przypadku braku numeru PESEL;
 - 10) serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu; jeżeli jest niemożliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny uniemożliwiającej ustalenie tożsamości,
 - 11) skrzyżować ręce na klatce piersiowej;
 - 12) przykryć zwłoki jednorazowym prześcieradłem.
13. Pościel po zmarłym pacjencie łącznie z poduszkami i kocami jest wkładana do czerwonych worków (jako materiał zakażony) i przekazywana do pralni; łóżko, szafka przyłóżkowa i taboret są myte, dezynfekowane a następnie naświetlane lampą bakteriobójczą; po tych czynnościach łóżko wyposaża się w czystą pościel i pozostały sprzęt oraz wstawia na salę chorych.
14. Firma pogrzebowa, która podpisała umowę z Instytutem, przechowuje zwłoki w chłodni nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny. Przechowywanie powyżej 72-ch godzin może nastąpić jedynie odpłatnie zgodnie z aktualnym cennikiem.
15. Zwłoki osoby, która zmarła w Instytucie, mogą być poddane sekcji, chyba, że osoba ta za życia wyraziła w formie pisemnej sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy.
16. Wyrażenie sprzeciwu na sekcję jest bezskuteczne w sytuacjach:
- 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

17. Decyzje dotyczące zwolnień z sekcji zwłok, podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych po uzyskaniu opinii właściwego Kierownika Kliniki – Ordynatora. Zwolnienie z sekcji jest niedopuszczalne w okolicznościach, o których mowa w ust. 16.
18. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozdziale, stosuje się przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

§ 45.

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi

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

§ 46.

Udostępnianie dokumentacji medycznej i wysokość opłat za jej udostępnienie

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
4. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę

na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
5. Instytut udostępnia dokumentację medyczną również podmiotom, o których mowa w ustawie z dnia 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
7. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 1 i 3, pobierane są opłaty w następującej wysokości:
- 1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - w kwocie stanowiącej równowartość 0,002;
 - 2) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - w kwocie stanowiącej równowartość 0,00007;
 - 3) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, w kwocie stanowiącej równowartość 0,0004
 - przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

§ 47.

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

1. W Instytucie wykonywane są badania laboratoryjne i diagnostyczne oraz hospitalizacje pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Cennik odpłatnych świadczeń zdrowotnych zawiera załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
3. Informacja o cenach usług świadczonych odpłatnie zamieszczona jest na stronie internetowej Instytutu.
4. Badania laboratoryjne w Centralnym Laboratorium Klinicznym są wykonywane bez uzgadniania terminu, w godzinach pracy jednostki organizacyjnej.
5. Pozostałe badania diagnostyczne wykonywane są po uprzednim uzgodnieniu terminu z właściwą komórką organizacyjną.

6. Opłata za odpłatne badania laboratoryjne i diagnostyczne uiszczana jest przelewem lub w kasie Instytutu w godzinach jej pracy (7:30 – 12:00), w Zakładzie Radiologii (7:50 – 17:00) lub w szatni (czynna całą dobę).
7. Dokument potwierdzający wniesienie opłaty jest podstawą realizacji badania diagnostycznego i laboratoryjnego.
8. W przypadku odpłatnej hospitalizacji pacjentów, przed przyjęciem pacjenta, Dział Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych we współpracy z właściwą kliniką przygotowuje szacunkową kalkulację kosztów hospitalizacji.
9. Przed rozpoczęciem hospitalizacji pacjent zobowiązany jest do uiszczenia zaliczki wynoszącej 100% szacunkowych kosztów hospitalizacji. Zaliczkę należy wpłacić przelewem lub w kasie Instytutu w godzinach jej pracy (7:30 – 12:00).
10. Przyjęcie pacjenta do odpłatnego leczenia szpitalnego odbywa się przez Punkt Przyjęć Planowych w trybie ogólnie przyjętym w Instytucie. Potwierdzenie uiszczenia płatności należy okazać w dniu przyjęcia pacjenta.
11. W przeddzień planowanego wypisu pacjenta z Instytutu, kierownik właściwej kliniki lub osoba przez niego wskazana weryfikuje faktycznie wykonane świadczenia medyczne oraz przekazuje informację o wykonanych świadczeniach do Działu Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.
12. Dział Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych we współpracy z właściwą kliniką przygotowuje ostateczną wycenę kosztów hospitalizacji.
13. Sekretariat właściwej kliniki przekazuje pacjentowi informację o ostatecznej opłacie za hospitalizację.
14. W sytuacji niedoboru zaliczki względem opłaty końcowej, pacjent zobowiązany jest do uregulowania płatności przelewem lub w kasie Instytutu przed wypisem. W przypadku nadpłaty zaliczka zostaje zwrócona na konto wskazane przez pacjenta lub wydana w kasie Instytutu.

§ 48.

Inne opłaty

Opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym wynosi 97,20 zł brutto.

§ 49.

Monitoring wizyjny

1. W Instytucie prowadzona jest obserwacja pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring wizyjny).
2. Monitoring wizyjny obejmuje:

- 1) wejście do budynku głównego i plac przed wejściem do budynku głównego Instytutu;
 - 2) hol na parterze,
 - 3) rejestrację i szatnię Instytutu;
 - 4) korytarz i poczekalnie w Punkcie Przyjęć Planowych;
 - 5) ciągi komunikacyjne w:
 - a) Klinice Reumatologii Dziecięcej,
 - b) Klinice Reumatologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych,
 - c) Klinice Układowych Chorób Tkanki Łącznej,
 - d) Klinice Wczesnego Zapalenia Stawów,
 - e) Klinice Neuroortopedii i Neurologii,
 - f) Klinice Rehabilitacji,
 - g) Klinice Geriatrii z Pododdziałem Psychogeriatrici;
 - 6) ciągi komunikacyjne i teren wokół budynku Centrum Wsparcia Badań Klinicznych;
 - 7) ciągi komunikacyjne i teren wokół budynku Centrum Rehabilitacji Post-Covid;
 - 8) sale operacyjne na Bloku Operacyjnym.
3. Monitoring nie obejmuje pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, socjalnych, przebieralni, miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z wyjątkiem pomieszczeń wskazanych w ust. 2 pkt 8.
 4. Monitoring wizyjny w pomieszczeniach ogólnodostępnych wskazanych w ust. 2 pkt 1 - 7 prowadzony jest w celach zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Instytutu oraz zwiększenia ochrony mienia.
 5. Monitoring w pomieszczeniach wskazanych w ust. 2 pkt 8 prowadzony jest w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów.
 6. Monitoring wizyjny ma być realizowany z uwzględnieniem konieczności poszanowania intymności i godności pacjenta. Rejestracja obrazu nie może ukazywać intymnych czynności fizjologicznych. Czynności te powinny być przeprowadzone poza polem rejestracji monitoringu.
 7. System monitoringu wizyjnego składa się z:
 - 1) kamer rejestrujących obraz;
 - 2) urządzenia rejestrującego i zapisującego obraz;
 - 3) oprogramowania i urządzeń peryferyjnych do podglądu obrazu z kamer, odtwarzania oraz kopiowania nagrań.
 8. Monitoring w pomieszczeniach wskazanych w ust. 2 pkt 1 - 7 oraz przed budynkiem Instytutu funkcjonuje całodobowo.
 9. Monitoring na salach operacyjnych funkcjonuje w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
 10. Rejestracji podlega obraz z kamer monitoringu, bez rejestracji dźwięku.
 11. Zapisy z kamer przechowywane są przez okres nie dłuższy niż 14 dni, a następnie dane ulegają usunięciu (o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej) poprzez nadpisanie danych na urządzeniu rejestrującym.

12. Informacja o funkcjonowaniu monitoringu wizyjnego podawana jest w szczególności poprzez rozmieszczenie tablic informacyjnych w miejscach objętych monitoringiem.
13. Za obsługę techniczną, bezpieczeństwo oraz prawidłowe funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego odpowiedzialni są wyznaczeni pracownicy Działu Informatyki.
14. Dostęp do bieżącego podglądu obrazu lub nagrań z monitoringu posiadają wyłącznie osoby posiadające upoważnienie Dyrektora. Osoby te zobowiązane są do przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych.

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 - Schemat organizacyjny;
- 2) Załącznik nr 2 - Cennik odpłatnych świadczeń zdrowotnych;
- 3) Załącznik nr 3 - Wykaz nazw i symboli komórek organizacyjnych Instytutu.

