

ZARZĄDZENIE NR 25/2012
Dyrektora Instytutu Reumatologii w Warszawie
z dnia 29 czerwca 2012 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacji Świadczeń Zdrowotnych w Instytucie Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

Na podstawie art. 23 w związku z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) oraz § 8 pkt 6 Statutu Instytutu Reumatologii zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się Regulamin Organizacji Świadczeń Zdrowotnych w Instytucie Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 29 czerwca 2012 r.


DYREKTOR
Instytutu Reumatologii
dr med. Andrzej Włodarczyk

Załącznik do Zarządzenia
Dyrektora Instytutu Reumatologii
Nr 25/2012 z dnia 29 czerwca 2012 r.

REGULAMIN ORGANIZACJI ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH
W INSTYTUCIE REUMATOLOGII

im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

(w uzupełnieniu Regulaminu Organizacyjnego)

Warszawa, dnia 29 czerwca 2012 r.

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Podstawę prawną Regulaminu Organizacji Świadczeń Zdrowotnych w Instytucie Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, zwanego dalej „Regulaminem”, stanowi art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).
2. Niniejszy regulamin określa:
 - a) firmę Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, zwanego dalej „Instytutem”,
 - b) cele i zadania Instytutu w zakresie działalności leczniczej,
 - c) rodzaje działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsca ich udzielania,
 - d) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Instytutu,
 - e) warunki współdziałania Instytutu z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - f) udostępnianie dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za jej udostępnienie.

Rozdział II

Firma podmiotu leczniczego

§ 2

1. Instytut, zgodnie ze Statutem, zatwierdzonym w dniu 31 marca 2011 r. przez Ministra Zdrowia, działa pod firmą: Instytut Reumatologii 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 działa na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
 - 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. Nr 112, poz. 654),
 - 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.),
 - 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240 z późn.zm.),
 - 5) ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 z późn. zm.),
 - 6) Statutu z dnia 31 marca 2011 r. Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie.
 - 7) innych obowiązujących w zakresie prowadzonej działalności przepisów prawa.

Rozdział III

Cele i zadania Instytutu w zakresie działalności leczniczej

§ 3

1. Jednym z rodzajów działalności Instytutu, oprócz działalności naukowej i badawczej, jest wykonywanie działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także 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.

Rozdział IV

Rodzaje działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń oraz miejsca ich udzielania

§ 4

1. Rodzajami działalności leczniczej prowadzonej przez Instytut są :
 - a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, obejmujące kompleksowe świadczenia zdrowotne w zakresie reumatologii, ortopedii, rehabilitacji i innych dziedzin pokrewnych, a także świadczenia w zakresie rehabilitacji w trybie dziennego pobytu,
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, obejmujące świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie reumatologii, ortopedii i innych dziedzin pokrewnych udzielane w pomieszczeniach poszczególnych poradni przyklinicznych.
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne są udzielane w zakresie następujących dziedzin medycyny przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie:
 - a) reumatologii,
 - b) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - c) neurochirurgii,
 - d) rehabilitacji medycznej,
 - e) neurologii,
 - f) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - g) diagnostyki laboratoryjnej,
 - h) radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - i) rehabilitacji medycznej,
 - j) patomorfologii,

- k) innych dziedzin medycyny niezbędnych do diagnostyki i leczenia.
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, zwane dalej świadczeniami ambulatoryjnymi, są udzielane w zakresie następujących dziedzin medycyny przy ul. Spartańskiej 1 w Warszawie:
- a) reumatologii,
 - b) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - c) neurochirurgii,
 - d) neurologii,
 - e) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - f) diagnostyki laboratoryjnej,
 - g) radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - h) innych dziedzin medycyny niezbędnych do diagnostyki i leczenia.
4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane w poradniach przyklinicznych w klinikach odpowiednich specjalności.

Rozdział V

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 5

Postanowienia ogólne

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.

§ 6

Procedury dotyczące korzystania przez pacjentów ze świadczeń ambulatoryjnych

1. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego w komórkach organizacyjnych określonych w Regulaminie Organizacyjnym. Instytut organizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, gwarantującą ich dostępność, a także właściwą jakość udzielanych świadczeń.
2. Instytut realizuje świadczenia ambulatoryjne od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 18.00. Szczegółowy harmonogram udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej znajduje się na tablicy ogłoszeń.
3. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są po dokonaniu rejestracji. Instytut przyjmuje pacjenta w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają

zachowanie ustalonego terminu, podmiot leczniczy w każdy dostępny sposób informuje pacjenta o zmianie terminu.

4. W przypadku realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych, Instytut prowadzi listę osób oczekujących na świadczenia na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
5. Instytut zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego, e-mailowego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
6. Instytut zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący zapewnienie wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, innych badań lub procedur medycznych.

§ 7

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

1. Pacjent zgłaszający się do Instytutu celem przyjęcia planowego, przedkłada w Punkcie Przyjęć:
 - skierowanie do Instytutu wraz z kompletem niezbędnych, aktualnych badań,
 - dowód osobisty lub inny dokument zawierający nr PESEL,
 - dokument uprawniający do bezpłatnych świadczeń.
2. Pacjent zgłaszający się do Instytutu celem hospitalizacji planowej, powinien się zabezpieczyć w odpowiednią do pobytu w Instytucie bieliznę i odzież (piżama, szlafrok), obuwie oraz środki higieny osobistej.
3. O przyjęciu do Instytutu osoby zgłaszającej się, orzeka lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki po:
 - przeprowadzeniu bezpośredniego badania, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności istotnych dla oceny zdrowia pacjenta,
 - uzyskaniu zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego na leczenie szpitalne, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Instytutu bez wyrażenia zgody.
4. Pacjenci planowo przyjmowani do hospitalizacji są rejestrowani w Dziale Statystyki Medycznej, Analiz i Rozliczeń.
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.

§ 8

Organizacja Punktu Przyjęć

1. Instytut w zakresie leczenia stacjonarnego prowadzi leczenie planowe, z wyjątkiem stanów zagrażających życiu.
2. Kwalifikacje pacjentów do przyjęcia do Instytutu przeprowadzane są w Punkcie Przyjęć 7 dni w tygodniu zgodnie z obowiązującą procedurą.
3. Kwalifikacja jest dokonywana przez lekarza wyznaczonego przez kierownika właściwej kliniki, a w sporadycznych przypadkach kwalifikacji dokonuje lekarz dyżurny, którego klinika w danym tygodniu przyjmuje pacjentów. Po kwalifikacji pacjenta zostaje wpisany do księgi oczekujących odpowiedzialnej kliniki, a następnie do systemu informatycznego Instytutu. Na skierowaniu pacjenta wpisywany jest numer księgi oczekujących, nadawany

automatycznie przez systemem. Informacja o kwalifikacji pacjenta i numerze w księdze oczekujących przesyłana jest do kliniki.

4. Przyjęcie pacjenta w trybie planowym odbywa się po badaniu przez lekarza, wyznaczonego do leczenia danego pacjenta przez kierownika kliniki, do której został wcześniej zakwalifikowany. Lekarz po zbadaniu pacjenta, wpisuje wstępne rozpoznanie do historii choroby, przeprowadza wywiad epidemiologiczny oraz podpisuje historię choroby.
5. W przypadku zgłoszenia się pacjenta do Instytutu poza godzinami pracy Punktu Przyjęć (19.30-7.30) pielęgniarka dyżurna Kardiologicznej Izby Przyjęć zawiadamia o tym fakcie lekarza dyżurnego Instytutu, który podejmuje decyzję o sposobie postępowania.
6. Pacjent biorący udział w badaniu klinicznym każdorazowo zgłasza się do Punktu Przyjęć ze skierowaniem wystawionym przez lekarza zespołu badawczego. Pielęgniarka Punktu Przyjęć przyjmuje pacjenta w stan chorych i zakłada obowiązującą dokumentację.
7. Jeżeli w chwili zgłoszenia się chorego do Punktu Przyjęć nie zachodzi konieczność natychmiastowej hospitalizacji, lekarz wyznaczony przez kierownika właściwej kliniki w porozumieniu z właściwym kierownikiem kliniki ustala plan dalszego postępowania.
8. Chory nie zakwalifikowany do leczenia szpitalnego otrzymuje kartę informacyjną i jest powiadamiany o możliwości kontynuowania leczenia w trybie ambulatoryjnym.
9. W przypadku skierowania chorego do kliniki, lekarz uzyskuje zgodę od pacjenta na przyjęcie do Instytutu.
10. Po przyjęciu do Punktu Przyjęć, a przed umieszczeniem chorego w klinice, należy chorego doprowadzić do wymaganego stanu higienicznego.
11. Pracą Punktu Przyjęć kieruje pielęgniarka koordynująca lub osoba przez nią upoważniona.

§ 9

Udzielanie świadczeń w klinikach i na oddziałach

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

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

§ 10

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych na Bloku Operacyjnym

1. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany :
 - a) w sprawach technicznego przeprowadzenia zabiegu – lekarzowi operującemu,
 - b) w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anestezjologowi.
2. Wstęp na salę operacyjną w czasie zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby fachowe, które uzyskały zgodę lekarza operującego lub Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych.
3. Personel Bloku Operacyjnego jest obowiązany – na czas zabiegu - wkładać ubiór operacyjny.

4. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać chorego i upewnić się, że pacjent bądź jego przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny wyraził zgodę na zabieg.
5. Przeprowadzane na Bloku Operacyjnym zabiegi operacyjne ewidencjonowane są w księdze operacji i znieczuleń, a wszelkie czynności medyczne wykonywane w trakcie zabiegu operacyjnego powinny być udokumentowane w protokole z operacji.
6. Po zakończeniu operacji pacjent powinien być przekazany pod opiekę personelu medycznego na sali pooperacyjnej w Klinice i Poliklinice Reumoortopedii i pozostawać pod stałą kontrolą lekarską.
7. Szczegółowe zasady postępowania na Bloku Operacyjnym określają przyjęte zarządzeniem Dyrektora procedury wewnętrzne.

§ 11

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, 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.
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.
8. Odzież, obuwie i bieliznę osobistą pacjenta, przyjętą na przechowanie do Depozytu Ubrań – wydaje się po okazaniu kwitu depozytowego wypisanemu ze szpitala pacjentowi lub osobie najbliższej pacjentowi.
9. 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.

§ 12

Odwiedziny pacjentów

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych, mogą się odbywać codziennie, pod warunkiem, że nie zakłócają toku planowanych badań i zabiegów przy pacjentach oraz ustalonego porządku pracy kliniki.
2. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn uzasadnionych dobrem pacjentów, może być wprowadzony okresowo zakaz odwiedzin pacjentów w Instytucie.
3. Na życzenie pacjenta, prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego określonych.
4. Osoba odwiedzająca pacjenta, jest zobowiązana:

- a) przestrzegać porządku ustalonego w Instytucie i w tym zakresie podporządkować się zaleceniom i wskazaniom personelu,
 - b) pozostawić w szatni wierzchnie okrycie, nakrycie głowy, parasol itp.
5. Nie mogą odwiedzać pacjentów osoby chore oraz osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
6. Osobom odwiedzającym pacjentów zabrania się:
- a) ze względów sanitarno–epidemiologicznych – wprowadzania lub wnoszenia do Instytutu jakichkolwiek zwierząt, siadania na łóżkach pacjentów oraz korzystania w czasie odwiedzin z ich naczyń i przedmiotów osobistego użytku,
 - b) ze względu na poszanowanie praw wszystkich pacjentów – prowadzenia głośnych rozmów oraz poruszania tematów, które mogłyby wprowadzić pacjentów w stan niepokoju.
7. Osoby odwiedzające pacjenta mogą zwracać się o informację dotyczącą stanu zdrowia chorego do lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego, z tym, że lekarz może udzielić takiej informacji tylko osobie wskazanej przez pacjenta, a jeżeli pacjent jest nieprzytomny i nie złożył wcześniej w tym względzie żadnego oświadczenia woli – tylko osobie najbliższej pacjentowi.
8. W przypadku naruszenia przez osobę odwiedzającą pacjenta w Instytucie, zasad odwiedzin, zakłócenia spokoju i porządku szpitalnego bądź samodzielnej ingerencji w proces leczniczy lub terapeutyczny, którym objęty jest pacjent, lekarz leczący pacjenta bądź lekarz dyżurny ma prawo wyprosić tę osobę z Instytutu, a jeżeli wezwanie do opuszczenia Instytutu okaże się nieskuteczne, w przypadkach uzasadnionych dobrem pacjenta lub dobrem Instytutu ma prawo zarządzić jego przymusowe wyprowadzenie z terenu Instytutu.

§ 13

Wypisanie z Instytutu

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

§ 14

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

1. W razie wystąpienia zachorowań lub podejrzeń o zachorowania na szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne, lekarz, który rozpoznał chorobę lub powziął jej podejrzenie zobowiązany jest niezwłocznie zastosować środki zapobiegające rozprzestrzenianiu się choroby, a w szczególności:

- zawiadomić pielęgniarkę epidemiologiczną, podając wymagane informacje uzyskane w ramach przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego,
- wydać zakaz opuszczania pomieszczeń przez osoby podejrzane o zachorowanie,
- umieścić chorego lub podejrzanego o zachorowanie w izolatce z zastosowaniem pełnego reżimu sanitarnego,
- wydać zakaz wstępu osobom postronnym do pomieszczeń, w których znajdowały się lub znajdują się osoby chore lub podejrzane o zachorowanie oraz osoby, które miały kontakt z chorym lub podejrzanym o zachorowanie pacjentem.

2. Postępowanie w przypadku wystąpienia poszczególnych chorób zakaźnych lub podejrzenia o zachorowanie na określoną chorobę zakaźną regulują szczegółowe procedury.

3. W Instytucie działa Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych.

2. 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).

3. W razie śmierci pacjenta pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.

4. 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.

5. Lekarz kliniki zobowiązany jest po upływie dwóch godzin ponownie zbadać pacjenta i ponownie stwierdzić zgon, potwierdzić go w dokumentacji medycznej oraz wystawić kartę zgonu, z zastrzeżeniem przypadku w którym przeprowadzana będzie sekcja zwłok, a następnie zezwolić na transport zabezpieczonych i opisanych zwłok.

6. Karta zgonu jest przekazywana niezwłocznie do Działu Statystyki Medycznej, Analiz i Rozliczeń.

7. 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 pielęgniarskim 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.

8. Lekarz lub pielęgniarka zawiadamia rodzinę zmarłego pacjenta lub inną osobę wskazaną w historii choroby o fakcie zgonu, podając następujące informacje:

- o planowanym zabraniu zwłok przez firmę pogrzebową, z którą Instytut ma podpisaną umowę, ewentualnie o możliwości wskazania innej firmy pogrzebowej przez rodzinę zmarłego,
- o ostatniej woli zmarłego (złożonym testamencie, oświadczeniu),
- o pozostawionych przez zmarłego rzeczach osobistych, pieniądzach, przedmiotach wartościowych, ubraniach, które zostały spisane w protokole i zabezpieczone w sposób określony w ust. 5,
- o adresie i miejscu przechowywania zwłok,
- o pokrywaniu przez Instytut kosztów związanych z transportem zwłok do firmy pogrzebowej i przechowywaniu tam zwłok przez trzy doby,
- o konieczności dostarczenia do firmy pogrzebowej odzieży niezbędnej do pochowania osoby zmarłej,
- o konieczności potwierdzenia w firmie pogrzebowej odbioru zwłok i wykonanych prac związanych z przygotowaniem zwłok do pochówku,
- o konieczności przedstawienia w firmie pogrzebowej zlecenia dla niej, które wraz z rzeczami z depozytu rodzina (opiekun) otrzyma w klinice.

9. Pielęgniarka informuje firmę pogrzebową, z którą Instytut podpisał umowę, o konieczności odebrania zwłok. Następnie wypełnia zlecenie w dwóch egzemplarzach, po jednym dla firmy pogrzebowej i kliniki. Kopię zlecenia otrzymuje rodzina lub opiekun osoby zmarłej.

10. Pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni firmy pogrzebowej, która zawiera:

- imię i nazwisko osoby zmarłej,
- numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- datę i godzinę zgonu,
- godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej,
- imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
- godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej,
- imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni firmy pogrzebowej.

11. Pielęgniarka i personel pomocniczy wykonują toaletę pośmiertną. Przy wykonywaniu toalety pośmiertnej należy postępować w sposób gwarantujący poszanowanie zwłok, w tym obowiązuje zachowanie powagi, taktu i delikatności. W ramach toalety pośmiertnej należy w szczególności:

- odłączyć i usunąć wszystkie przyrządy medyczne,
- zabezpieczyć miejsca wkluc i ewentualnych ran opatrunkami,
- rozebrać zwłoki,
- umyć całe ciało – twarz, tułów, ręce plecy, pośladki i kończyny dolne,
- założyć wkładkę z ligniny,
- uczesać włosy,
- podwiązać żuchwę bandażem (pod bandaż w okolicy brody podłożyć gazik),
- przymknąć powieki i położyć wilgotne gaziki,
- oznakować zwłoki tj. założyć na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego; Identyfikator powinien zawierać: imię i nazwisko osoby zmarłej, PESEL osoby zmarłej a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu

stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu; jeżeli jest niemożliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny uniemożliwiającej ustalenie tożsamości,

- skrzyżować ręce na klatce piersiowej,
- przykryć zwłoki jednorazowym prześcieradłem.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. Wyrażenie sprzeciwu na sekcję jest bezskuteczne w sytuacjach:

- określonych w kodeksie postępowania karnego,
- gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
- gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Instytutu.

16. 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. 14.

17. 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.

Rozdział VI

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi

§ 15

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.

Rozdział VII

Udostępnianie dokumentacji medycznej i wysokość opłat za jej udostępnienie

§ 16

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu w przypadku pacjenta poniżej 16 roku życia, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

3. Instytut udostępnia dokumentację medyczną również:

- a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- b) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- c) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- d) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- e) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- f) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- g) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- h) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek osób i podmiotów, o których mowa w ust. 1-4.

6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego,
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

7. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 6, pobierane są opłaty w następującej wysokości:

- a) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - w kwocie stanowiącej równowartość 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- b) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - w kwocie stanowiącej równowartość 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt a,
- c) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, w kwocie stanowiącej równowartość 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt a.

Rozdział VIII Przepisy końcowe

§ 17

1. Odpowiednio kierownicy komórek organizacyjnych Instytutu kierują i nadzorują pracę podległej komórki i pracowników oraz ponoszą odpowiedzialność za podejmowane decyzje i ich skutki.
2. Rzecznik ds. Praw Pacjenta przyjmuje pacjentów w sprawach skarg i wniosków w środy w godzinach 10.00-12.00 oraz czwartki w godzinach 12.00-14.00.
3. Dyrektor i Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych przyjmują interesantów (pacjentów) w sprawach spornych. Zapisy prowadzone są w sekretariacie Instytutu.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie stosuje się przepisy ustawy o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) oraz inne przepisy obowiązujące w tym zakresie.
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem *23...XII...2012* r.


DYREKTOR
Instytutu Reumatologii
Dr med. Andrzej Włodarczyk