



INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
INSTYTUTU „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA
DZIECKA”

Warszawa, 2023r.

Spis treści

Postanowienia ogólne.....	2
Rozdział I- Cele i zadania Instytutu	4
Rozdział II- Struktura organizacyjna.....	6
Rozdział III- Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych	8
Rozdział IV- Miejsce udzielania świadczeń.....	10
Rozdział V- Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Instytutu.....	10
Rozdział VI- Organizacja, zadania i obowiązki poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu oraz warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Instytutu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym	20
Rozdział VII- Warunki współdziałania z innymi podmiotami zewnętrznymi wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.....	26
Rozdział VIII- Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.....	26
Rozdział IX - Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,.....	27
Rozdział X- Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową i całkowitą odpłatnością,.....	28
Rozdział XI- Prawa i obowiązki pacjenta,	29
Rozdział XII- Obowiązki Instytutu w razie śmierci pacjenta.....	35

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Regulamin organizacyjny Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” został wydany na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych (Dz.U. z 2022r. poz.498 oraz z 2023 r. poz. 1672) oraz art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023r. poz.991).
2. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, zwany dalej „Instytutem”, jest instytutem badawczym, którego przedmiotem działalności jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz działalności leczniczo - usługowej ukierunkowanej na potrzeby zdrowotne dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, realizacja zadań dydaktycznych, a także przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych.

3. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” działa na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, (Dz.U. z 2022r. poz.498 oraz z 2023 r. poz.1672) zwanej dalej „ustawą o instytutach badawczych”,
 - 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (Dz.U. z 2023r. poz.991) zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”,
 - 3) ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 742, 212, 1234, 1672),
 - 4) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 1995 r. w sprawie utworzenia Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (Dz. U. Nr 149, poz. 725),
 - 5) innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego,
 - 6) Statutu Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” uchwalonego przez Radę Naukową Instytutu uchwałą 1/IV/2019 z dnia 13 czerwca 2019 r. i zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 27 sierpnia 2019r.,
 - 7) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, zwanego dalej Regulaminem.
4. Nazwa podmiotu brzmi: Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.
5. Instytut może używać nazwy skróconej: IPCZD.
6. Nadzór nad Instytutem wykonuje minister właściwy ds. zdrowia.
7. Instytut jest wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000092381. Akta rejestrowe Instytutu prowadzi Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie.
8. Instytut jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem 000000018625.
9. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach zakładów leczniczych zlokalizowanych przy al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

§ 2.

Ileokroć w Regulaminie Organizacyjnym mowa jest o:

1. Regulaminie - rozumie się przez to Regulamin Organizacyjny Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka",
2. Dyrektorze - rozumie się przez to Dyrektora Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka",
3. Zastępcy Dyrektora - rozumie się przez to osobę, która kieruje działalnością odpowiedniego pionu w Instytucie i podlega bezpośrednio Dyrektorowi, tj.:
 - a. Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych
 - b. Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych
 - c. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych
 - d. Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych
4. Kierowniku - rozumie się przez to osobę, która kieruje jednostką lub komórką organizacyjną, zastępcę kierownika, a także osobę na samodzielnym stanowisku pracy,
5. Pracownika - rozumie się przez to osobę zatrudnioną w Instytucie na podstawie umowy o pracę, powołania lub mianowania,
6. Pionie organizacyjnym - rozumie się przez to wszystkie jednostki i komórki oraz samodzielne stanowiska pracy podległe Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora,
7. Jednostce organizacyjnej - rozumie się przez to wyodrębnioną w strukturze część Instytutu w skład których wchodzi komórki organizacyjne IPCZD, w szczególności.: klinikę, zakład, samodzielny oddział lub samodzielną pracownię, izbę przyjęć, aptekę lub dział,
8. Komórce organizacyjnej - rozumie się przez to wyodrębnioną w strukturze część Instytutu, w szczególności: oddział, poradnię, pracownię, a także sekcję.

§ 3.

1. Niniejszy Regulamin określa w szczególności:
 - 1) cele i zadania Instytutu,
 - 2) strukturę organizacyjną Instytutu z uwzględnieniem zakładów,
 - 3) rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 5) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Instytutu,
 - 6) organizację, zadania i obowiązki poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu oraz warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Instytutu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
 - 7) warunki współdziałania z innymi podmiotami zewnętrznymi wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 8) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 9) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
 - 10) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową i całkowitą odpłatnością, regulowane odrębnym zarządzeniem dyrektora Instytutu,
 - 11) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Instytutu,
 - 12) prawa i obowiązki pacjenta,
 - 13) obowiązki Instytutu w razie śmierci pacjenta.
2. Regulamin ustala dyrektor Instytutu, po zasięgnięciu opinii rady naukowej oraz organizacji związkowych działających na terenie Instytutu.
3. Postanowienia Regulaminu obowiązują wszystkich pracowników Instytutu, a także osoby zatrudnione w Instytucie na podstawie umów cywilno-prawnych, pacjentów Instytutu, opiekunów prawnych i osoby towarzyszące ww. pacjentom oraz osoby odwiedzające.
4. Szczegółowe regulacje określające zasady i tryb postępowania dla określonych rodzajów działalności Instytutu wprowadzane są zarządzeniami dyrektora lub poleceniami wewnętrznymi zastępcy dyrektora właściwego dla przedmiotu regulacji.
5. Zarządzeniami dyrektora wprowadza się również zmiany do niniejszego Regulaminu.
6. Tryb postępowania dla działalności ustanowionych procesów Systemu Zarządzania Jakością został określony w procedurach i instrukcjach wchodzących w skład dokumentacji systemowej.

Rozdział I- Cele i zadania Instytutu

§ 4.

1. Celem działalności Instytutu jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, przystosowanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych, realizacja zadań dydaktycznych, a także uczestniczenie w systemie ochrony zdrowia ukierunkowanym na potrzeby zdrowotne dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.
2. Do podstawowej działalności Instytutu należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych,

- 2) przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki,
- 3) wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych.
3. Do zadań Instytutu w związku z prowadzoną działalnością należy w szczególności:
 - 1) upowszechnianie wyników badań naukowych i prac rozwojowych,
 - 2) wykonywanie badań i analiz oraz opracowywanie opinii i ekspertyz w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
 - 3) opracowywanie ocen dotyczących stanu i rozwoju poszczególnych dziedzin nauki i techniki oraz sektorów gospodarki, które wykorzystują wyniki badań naukowych i prac rozwojowych oraz w zakresie wykorzystywania w kraju osiągnięć światowej nauki i techniki,
 - 4) prowadzenie działalności normalizacyjnej, certyfikacyjnej i aprobowanej,
 - 5) prowadzenie i rozwijanie baz danych związanych z przedmiotem działania Instytutu,
 - 6) prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej, technicznej i ekonomicznej, wynalazczości oraz ochrony własności przemysłowej i intelektualnej, w tym korzystania z przysługujących Instytutowi praw autorskich, a także działalności wspierającej innowacyjność przedsiębiorstw,
 - 7) wytwarzanie w związku z prowadzonymi badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi aparatury, urządzeń, materiałów i innych wyrobów oraz prowadzenie walidacji metod badawczych, pomiarowych,
 - 8) prowadzenie działalności wydawniczej związanej z prowadzonymi badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi.
4. Instytut, poza zadaniami, o których mowa w ust. 2 i 3, może prowadzić:
 - 1) kształcenie w szkole doktorskiej i na studiach podyplomowych, związane z prowadzonymi przez Instytut badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi,
 - 2) kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe kadry medycznej,
 - 3) inne formy kształcenia, w szczególności specjalizacje, szkolenia i kursy dokształcające.
5. Instytut nadaje stopnie naukowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne,
6. Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia, z wykorzystaniem dostępnych metod wykonując zadania w zakresie:
 - 1) leczenia stacjonarnego – poprzez zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i postępowania leczniczego,
 - 2) leczenia realizowanego na oddziałach dziennych,
 - 3) leczenia ambulatoryjnego – poprzez prowadzenie działalności konsultacyjnej i leczniczej,
 - 4) leczenia rehabilitacyjnego – poprzez udzielanie świadczeń w zakresie usprawniania ruchowego, fizjoterapii, psychoterapii oraz zaopatrywania w specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny i protetyczny,
 - 5) diagnostyki – poprzez wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji,
 - 6) opieki długoterminowej – w szczególności poprzez udzielanie świadczeń z zakresu specjalistycznej opieki domowej,
 - 7) profilaktyki – poprzez realizację świadczeń zdrowotnych oraz programów zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania,
 - 8) realizacji programów polityki zdrowotnej,
 - 9) opracowywania standardów procedur medycznych,
 - 10) prowadzenia edukacji i promocji zdrowia,
 - 11) prowadzenia rejestrów medycznych.
7. Instytut może podejmować inną działalność niż wymieniona w ust. 2–6 w zakresie:
 - 1) prowadzenia badań klinicznych i obserwacyjnych,

- 2) wdrażania systemów poprawy jakości i efektywności udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych,
- 3) medycyny pracy i realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych nad pracownikami,
- 4) opracowywania i wydawania analiz, opinii i ekspertyz użytkowych w szczególności dotyczących produktów przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym produktów żywnościowych i suplementów diety,
- 5) opracowywania i wydawania opinii sądowych,
- 6) prowadzenia analiz z zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 7) organizacji i obsługi sympozjów, zjazdów, konferencji, kursów, posiedzeń naukowo-szkoleniowych organizowanych przez Instytut lub przy współudziale Instytutu, imprez o podobnym charakterze oraz imprez towarzyszących,
- 8) korzystania z przysługujących Instytutowi praw autorskich w zakresie nieobjętym ust. 3 pkt 6,
- 9) sprzedaży praw do korzystania z zastrzeżonych przez Instytut znaków towarowych,
- 10) sprzedaży, najmu, dzierżawy lub udostępnienia w innej formie składników mienia Instytutu, w tym nieruchomości, w szczególności wraz z dostawą mediów i usług telekomunikacyjnych,
- 11) sprzedaży pożytków naturalnych, niezużytych materiałów, odpadów i surowców wtórnych,
- 12) sprzedaży wyrobów dekoracyjnych,
- 13) usług żywienia zbiorowego, usług cateringowych, prowadzenia bufetów,
- 14) usług transportowych, w tym w zakresie transportu medycznego,
- 15) usług konsultingowych i działalności doradczej w zakresie wdrażania i doskonalenia systemów zarządzania jakością i środowiskiem, informatyki, badań i analiz ekonomicznych oraz technicznych, a także innych usług w zakresie doradztwa związanego z prowadzeniem działalności i usług zarządzania w jednostkach świadczących usługi medyczne,
- 16) innym, związanym z działalnością Instytutu

- pod warunkiem, że działalność ta będzie wyodrębniona pod względem finansowym i rachunkowym z działalności, o której mowa w ust. 2–6.

8. Do zadań Instytutu należy planowanie i realizowanie zadań na potrzeby obronne państwa.

Rozdział II- Struktura organizacyjna

§ 5.

1. Strukturę organizacyjną Instytutu wraz z podległością poszczególnych zakładów, jednostek, komórek oraz samodzielnych stanowisk określa załącznik nr 1 oraz załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
2. Liczba łóżek szpitalnych uzależniona jest od zakresu udzielanych przez Instytut świadczeń szpitalnych, liczby zakontraktowanych i wykonywanych hospitalizacji oraz od możliwości lokalowych. Liczba łóżek ustalana jest w drodze zarządzenia dyrektora na wniosek Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych.
3. Liczba łóżek szpitalnych będących w dyspozycji poszczególnych klinik i oddziałów podlega wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. Komórki organizacyjne odpowiedzialne za prowadzenie badań naukowych:
 - Dział Badań Naukowych
 - Centrum Wsparcia Pediatrycznych Badań Klinicznych (CWPediBK)
 - Pediatryczne Regionalne Centrum Medycyny Cyfrowej
 - Biobank
 - Biblioteka i Informacja Naukowa
 - Sekcja Szkoleń
 - Zakład Zdrowia Publicznego

- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Blok Operacyjny
- Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów
- Klinika Endokrynologii i Diabetologii
- Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii
- Klinika Immunologii
- Klinika Kardiochirurgii
- Klinika Kardiologii
- Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego
- Klinika Neurochirurgii
- Klinika Neurologii i Epileptologii
- Klinika Okulistyki
- Klinika Onkologii
- Klinika Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka i Niemowlęcia
- Klinika Urologii Dziecięcej
- Klinika Rehabilitacji
- Klinika Otorinolaryngologii, Audiologii i Foniatrii
- Laboratorium Badań Podstawowych
- Apteka
- Poradnia Chirurgiczna
- Ośrodek Chirurgii Ambulatoryjnej
- Poradnia Chorób Metabolicznych
- Poradnia Foniatrzycko-Audiologiczna
- Poradnia Gastroenterologiczna
- Poradnia Hepatologiczna
- Poradnia Transplantacji Wątroby
- Poradnia Kardiologiczna
- Poradnia Laryngologiczna
- Poradnia Logopedyczna
- Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego
- Poradnia Transplantacji Nerek
 - przy Poradni: Regionalny Ośrodek Kwalifikacyjny (ROK)
- Poradnia Neurologiczna i Epileptologiczna
- Poradnia Okulistyczna
- Poradnia Onkologiczna Dzieci i Młodzieży
- Poradnia Konsultacyjna
- Poradnia Neurochirurgiczna
- Poradnia Psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży
- Poradnia Chirurgii Onkologicznej
- Poradnia Anestezjologiczna
- Poradnia Leczenia Bólu
- Poradnia Chorób Metabolicznych dla Dorosłych
- Poradnia Pediatryczna
- Poradnia Urologiczna
- Poradnia Rehabilitacji Pediatrycznej
- Poradnia Diabetologiczna
- Poradnia Endokrynologiczna
- Poradnia Immunologiczna
- Zespół Poradni Specjalistycznych
 - Poradnia Alergologiczna
 - Poradnia Chorób Płuc

- Poradnia Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych
- Poradnia Dermatologiczna
- Poradnia Ginekologii Dziecięcej
- Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci
- Poradnia Żywienia
- Zakład Biochemii Klinicznej
- Zakład Diagnostyki Obrazowej
- Zakład Genetyki Medycznej
- Zakład Medycyny Nuklearnej
- Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej
- Zakład Patomorfologii
- Zakład Psychologii Zdrowia
- Oddział Dializ
- Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi
- Pracownia Zgodności Tkankowej
- Pracownia Antropologii
- Pracownia EEG i Wideometrii
- Pracownia Potencjałów Wywołanych i EMG
- Pracownia Fizjoterapii
- Pracownia Diagnostyki Narządu Ruchu
- Pracownia Interwencji Sercowo-Naczyniowych
- Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
- Oddział Dzienny Rehabilitacji Słuchu i Mowy
- Oddział Dzienny Rehabilitacji Narządu Ruchu
- Oddział Dzienny Rehabilitacji Neurologicznej
- Oddział Dzienny Chemioterapii
- Zespół Długoterminowej Opieki Domowej
- Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci

Rozdział III- Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 6.

1. Instytut prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne- szpitalne,
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
 - 3) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 pkt 1, udzielane są w zakładzie leczniczym-SZPITAL IPCZD.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 pkt 2, udzielane są w zakładzie leczniczym-AMBULATORIUM I DIAGNOSTYKA IPCZD.
4. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 pkt 3, udzielane są w zakładzie leczniczym-REHABILITACJA I ODDZIAŁY DZIENNE IPCZD.
5. Przez świadczenia zdrowotne rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.
6. Świadczeniami szpitalnymi są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych, stacjonarnych i całodobowych lub ambulatoryjnych warunkach.
7. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia wykonywane z zamiarem udzielania ich w czasie nieprzekraczającym 24 godzin.

8. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują specjalistyczne świadczenia zdrowotne oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w sytuacjach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w odpowiednio urządzonych stałych pomieszczeniach Instytutu lub w miejscu pobytu pacjenta.
9. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą obejmować także badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
10. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne obejmują świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
11. W Instytucie świadczenia zdrowotne udzielane są według wymienionych poniżej specjalności medycznych:
 - 1) alergologii,
 - 2) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 3) audiologii i foniatrii,
 - 4) chemioterapii,
 - 5) chirurgii dziecięcej,
 - 6) chirurgii onkologicznej
 - 7) chirurgii stomatologicznej dla dzieci i dorosłych,
 - 8) chirurgii,
 - 9) chorób metabolicznych,
 - 10) chorób płuc,
 - 11) dermatologii,
 - 12) diabetologii,
 - 13) dializoterapii,
 - 14) endokrynologii,
 - 15) foniatrii i audiologii,
 - 16) gastroenterologii i hepatologii,
 - 17) genetyki,
 - 18) ginekologii dziecięcej,
 - 19) immunologii,
 - 20) kardiochirurgii,
 - 21) kardiologii,
 - 22) laryngologii,
 - 23) logopedii,
 - 24) nefrologii i nadciśnienia tętniczego,
 - 25) neonatologii, patologii i intensywnej terapii noworodka i niemowlęcia,
 - 26) neurochirurgii,
 - 27) neurologii i epileptologii,
 - 28) okulistyki,
 - 29) onkologii dla dzieci i młodzieży,
 - 30) otorynolaryngologii,
 - 31) pediatrii i żywienia,
 - 32) psychiatrii,
 - 33) psychologii,
 - 34) rehabilitacji leczniczej
 - 35) stomatologii,
 - 36) transplantologii,
 - 37) urologii dziecięcej,
 - 38) żywienia
12. Działalność diagnostyczna prowadzona jest w szczególności w zakresie:
 - 1) biochemii i medycyny doświadczalnej,
 - 2) medycyny laboratoryjnej,

- 3) diagnostyki obrazowej,
- 4) genetyki medycznej,
- 5) immunologii i mikrobiologii klinicznej,
- 6) medycyny nuklearnej,
- 7) patomorfologii,
- 8) radioimmunologii.

Rozdział IV- Miejsce udzielania świadczeń

§ 7.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach działalności leczniczej zakładów Instytutu są wykonywane na terenie Instytutu, przy al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, z zastrzeżeniem świadczeń udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w innym miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych).

Rozdział V- Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Instytutu

§ 8.

Postanowienia ogólne

1. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością w przypadku braku możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Instytut udziela odpłatnie świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w przepisach dotyczących działalności leczniczej oraz w odrębnych przepisach. Tryb odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych został opisany w rozdziale X niniejszego Regulaminu.

§ 9.

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych- stacjonarnych i ambulatoryjnych

1. Na podstawie skierowania pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach:
 - 1) leczenia stacjonarnego,
 - 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Bez skierowania udzielane są świadczenia zdrowotne:
 - 1) w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia,
 - 2) na podstawie odrębnych przepisów lub umów z dysponentami środków finansowych.
3. Świadczenia zdrowotne są udzielane wg harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach ich udzielania przez Instytut oraz na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i kryteriów medycznych z należytą starannością.
4. Zgłoszeń i wpisów dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych przez pracowników Instytutu.
5. Do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością mają uprawnienia osoby wymienione w przepisach dotyczących świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
6. Rejestracja pacjentów oraz wyznaczenie terminu wizyty ambulatoryjnej lub hospitalizacji odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w szczególności zgodnie z rozporządzeniem

Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe procesy oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych komórek Instytutu zaangażowanych w proces rejestracji pacjentów zostanie określony w dedykowanym procesie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.

§ 10.

Udzielanie całodobowych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych

1. Przyjęcia do szpitala odbywają się w trybie nagłym i planowym. Tryb przyjęcia do szpitala ustalany jest indywidualnie w zależności od potrzeb i wskazań zdrowotnych pacjenta.
2. O planowym przyjęciu pacjenta do szpitala decyduje kierownik kliniki/oddziału lub osoby przez niego upoważnione z uwzględnieniem ust. 3
3. O przyjęciu pacjenta do szpitala w trybie nieplanowym (nagłym) lub odmowie przyjęcia do szpitala decyduje:
 - a. lekarz Izby Przyjęć- dla lokalizacji budynek E,
 - b. lekarz Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży – dla lokalizacji budynek X (wyłącznie w wyznaczone dni tygodnia, zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem przez Wojewodę Mazowieckiego),

po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, przy czym nie może odmówić udzielenia świadczenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Tryb przyjęcia pacjenta do Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży określa §10 ust. 15.

4. Świadczenia zdrowotne są wykonywane po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz pacjenta po ukończeniu przez niego 16 r. ż. z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Jeżeli do udzielenia świadczenia zdrowotnego niezbędne jest zezwolenie sądu opiekuńczego, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny występuje z wnioskiem do Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Południe ul. Terespolska 15a, 03-814 Warszawa V Wydział Rodziny i Nieletnich.
6. Instytut może wystąpić o wyrażenie zgody na wykonanie świadczenia w przypadkach innych niż określone przepisami, jeżeli udzielane świadczenie lub okoliczności, w jakich jest ono wykonywane, uzasadnia pobranie takiej zgody.
7. W przypadku odmowy udzielenia zgody lekarz jest zobowiązany uzyskać od opiekunów pacjenta pisemne oświadczenie, że zostali oni uprzedzeni o ewentualnych następstwach niewykonania świadczenia. W przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat dodatkowo wymagana jest jego zgoda z zastrzeżeniem ust. 9.
8. Jeżeli pacjent, który ukończył 16 lat albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego opiekuna lub w przypadku niewyrażenia przez niego zgody, wymagane jest zezwolenie właściwego dla siedziby Instytutu sądu opiekuńczego (wydziału rodzinnego sądu rejonowego).
9. Wyrażona na piśmie świadoma zgoda pacjenta lub jego opiekuna dołączana jest do dokumentacji medycznej.
10. Jeżeli nie można uzyskać zgody lub oświadczeń, o których mowa w niniejszym paragrafie, informacje o tych zdarzeniach lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej i systemie szpitalnym.
11. W przypadku, gdy pacjent w toku leczenia uzyskuje pełnoletniość, występuje w swoim imieniu samodzielnie.
12. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania na nie zgody jest dopuszczalne w przypadku konieczności niezwłocznej interwencji lekarskiej, jeśli:
 - a. pacjent nie może sam wyrazić zgody ze względu na stan zdrowia lub wiek,
 - b. nie ma możliwości porozumienia się z jego opiekunem.
13. Decyzja lekarza o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 13, powinna być skonsultowana z innym lekarzem Instytutu.

14. Okoliczności, o których mowa w ust. 13 i 14, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej. Przyjęcie planowe pacjentów do szpitala odbywają się za pośrednictwem Izby Przyjęć zlokalizowanej w budynku E. Pacjent zgłaszający się do Izby Przyjęć w wyznaczonym terminie hospitalizacji powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i skierowany na właściwy oddział.
15. Przyjęcie pacjenta do Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży odbywa się zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 11.

1. W przypadku przyjęcia do szpitala pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, lekarz dyżurny Instytutu lub lekarz Kliniki/Oddziału zawiadamia o tym fakcie osobę bliską w rozumieniu przepisów Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Lekarz Izby Przyjęć lub lekarz oddziału, w którym hospitalizowany jest pacjent zawiadamia właściwy komisariat policji w sytuacji:
 - a. przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym nie można się skontaktować- nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,
 - b. przyjęcia lub zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić lub potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość- nie później niż w okresie 8 godzin od przyjęcia albo zgonu,
 - c. przyjęcia pacjenta, który uległ wypadkowi i został przetransportowany przez zespół ratownictwa medycznego,
 - d. przyjęcia pacjenta, co do którego lekarz podczas przyjęcia i badania pacjenta stwierdzi lub poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności ustroju powstało w związku z usiłowaniem zabójstwa lub samobójstwa, zatruciem albo innym działaniem osób trzecich.
3. O fakcie przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego pacjenta, który uległ wypadkowi, lekarz dyżurny Izby Przyjęć uzupełnia w Księdze Porad Ambulatoryjnych dane osobowe pacjenta, a także dane personalne osób towarzyszących pacjentowi, informacje dotyczące okoliczności wypadku i miejsca znalezienia pacjenta, jego stanu zdrowia, czasu i okoliczności transportu – na podstawie posiadanych i okazanych przez te osoby dokumentów i ustnych relacji.

§ 12.

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Instytutu ustalana jest na podstawie dowodu osobistego, lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Należy zweryfikować tożsamość osoby, która zgłosiła się z dzieckiem do Instytutu.
2. Każdy pacjent przyjęty do szpitala zostaje zaopatrzony w znak identyfikacyjny umieszczony w opasce identyfikacyjnej. Oznakowanie opaski identyfikacyjnej zawiera trwały wpis w postaci: imienia, nazwiska i daty urodzenia pacjenta. Ponadto znak identyfikacyjny może zawierać również inne informacje niż określone w zdaniu poprzednim, służące identyfikacji pacjenta, np. nr pacjenta w systemie szpitalnym, zapisane w sposób uniemożliwiający ustalenie przez osoby nieuprawnione danych osobowych pacjenta. W znaki identyfikacyjne nie zaopatruje się pacjentów Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.
3. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, w okolicy kostki kończyny dolnej.
4. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, w okolicy kostki obu kończyn dolnych albo na nadgarstek i w okolicy kostki kończyny dolnej.
5. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.

6. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.
7. W przypadku gdy nie jest możliwe założenie opaski dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, za zgodą matki lub osoby bliskiej, umieszcza się znak identyfikacyjny na uprzednio wykonanym zdjęciu dziecka, które następnie umieszcza się w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze. W przypadku braku zgody, o której mowa wyżej, na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym.
8. W przypadku stwierdzenia braku lub zniszczenia opaski albo zdjęcia, niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada pacjentowi lub umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę albo zdjęcie.
9. W dniu wypisu pacjenta ze szpitala, przeprowadzona jest weryfikacja zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaska zostaje zwrócona pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu. W dokumentacji medycznej pacjenta znajduje się wpis informujący o przeprowadzonej weryfikacji i przekazaniu opaski pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu.
10. Rzeczy osobiste pacjenta mogą być przechowywane w depozycie szpitalnym lub wydane przedstawicielowi ustawowemu. W przypadku przyjęcia pacjenta w godzinach popołudniowych i nocnych rzeczy osobiste mogą być przyjęte do depozytu podręcznego Izby Przyjęć, a następnie przekazane przez pielęgniarkę Izby Przyjęć do depozytu szpitalnego. Odbiór przedmiotów wartościowych jest możliwy wyłącznie na podstawie dokumentu potwierdzającego ich przekazanie do depozytu.
11. Pacjenta z Izby Przyjęć odbiera pielęgniarka lub opiekunka z oddziału przyjmującego.
12. Plan postępowania diagnostyczno-leczniczego pacjenta ustalany jest przez lekarza sprawującego opiekę i odbywa się zgodnie ze standardami, procedurami i instrukcjami obowiązującymi w Instytucie.
13. Każdy pacjent i/lub przedstawiciel ustawowy informowany jest o głównych założeniach diagnostyki i leczenia oraz o osobach sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem w klinice/oddziale.
14. Pacjenci kierowani na badania diagnostyczne i zabiegi lecznicze, zależnie od wieku i stanu zdrowia są przeprowadzani lub transportowani do miejsca wykonywania badań/zabiegów.
15. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadamia się wskazaną w dokumentacji medycznej upoważnioną osobę lub przedstawiciela ustawowego lub odpowiednią instytucję.
16. Szczegółowe obowiązki personelu medycznego w razie śmierci opisuje odrębna procedura postępowania.
17. Przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi odbywa się zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781), zwanej dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”, innymi przepisami w tym zakresie obowiązującymi podmioty lecznicze, a także wewnętrznymi regulacjami Instytutu.

§ 13.

Odmowa przyjęcia do szpitala

1. W przypadku, gdy pacjent zostanie skierowany do leczenia szpitalnego i nie może zostać przyjęty do Instytutu (odmowa przyjęcia do szpitala) ze względu na brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, lekarz po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej kieruje pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem.
2. Fakt odmowy przyjęcia do szpitala jest odnotowywany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

3. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Instytutu wymaga natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 14.

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

§ 15.

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

§ 16.

Zabiegi operacyjne

1. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego.
2. Praca i dyżury na Bloku Operacyjnym powinny być tak zorganizowane, aby zabieg operacyjny mógł być wykonany o każdej porze. Do Bloku Operacyjnego należy sala wybudzeń.
3. Do obowiązków kierownika Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - a. nadzór nad pracą personelu Bloku Operacyjnego,
 - b. ustalanie planu zabiegów operacyjnych,
 - c. zapewnianie możliwości wykonywania zabiegów w trybie pozaplanowym (nagłym),
 - d. kontrola sprawności aparatury oraz sterylności materiałów i sprzętu operacyjnego,
 - e. dbanie o należyte zaopatrzenie w sprzęt i materiały operacyjne oraz o konserwację aparatury,
 - f. kontrola dokumentacji i sprawozdawczości operacyjnej.
4. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego planu, który zgłaszany jest do godz. 12.00 dnia poprzedniego.
5. Plany zabiegów operacyjnych są przekazywane drogą elektroniczną i zawierają:

- a. kolejność i ewentualnie godzinę rozpoczęcia danego zabiegu operacyjnego,
 - b. numer sali, w której będzie się odbywał zabieg,
 - c. imię i nazwisko pacjenta,
 - d. wiek i wagę pacjenta,
 - e. nazwę kliniki (oddziału) prowadzącej pacjenta,
 - f. rodzaj i nazwę zabiegu operacyjnego, stosowane techniki np. małoinwazyjne (laparoskopowe, torakoskopowe),
 - g. skład zespołu operacyjnego.
6. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić wyłącznie:
 - a. za zgodą kierownika Bloku Operacyjnego i kierownika kliniki prowadzącej pacjenta,
 - b. po zgłoszeniu do sekretariatu bloku operacyjnego w godzinach dyżurowych w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem po wypełnieniu formularza zmiany planu operacyjnego,
 - c. w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem oraz
 - d. po wypełnieniu formularza zmiany planu operacyjnego.
 7. Na Bloku Operacyjnym, a szczególnie w sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego, obowiązuje zachowanie ciszy.
 8. Podczas operacji personel znajdujący się w sali operacyjnej, w sprawach dotyczących przeprowadzania zabiegu, podporządkowany jest lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anestezjologowi.
 9. Wstęp do sali operacyjnej w czasie operacji, poza zespołem operującym, ma personel medyczny, który uzyskał zezwolenie lekarzy odpowiedzialnych za przebieg operacji.
 10. Personel obecny w sali operacyjnej jest zobowiązany zachować w tajemnicy informacje, o których powyższym wiedzę w czasie wykonywania zabiegu operacyjnego.
 11. Wykonywane zabiegi są dokumentowane w książce zabiegów operacyjnych.
 12. Sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić do 24 godzin po zakończeniu operacji.
 13. Za sporządzenie opisu operacji odpowiada lekarz operujący.
 14. Pomieszczenia Bloku Operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorowej czystości i porządku, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wymogami.
 15. Po zakończonej operacji bieliznę chirurgiczną należy przesłać do pralni, a narzędzia i sprzęt – do sterylizacji.
 16. Aparaturę i zestawy operacyjne przechowuje się w odpowiednich pomieszczeniach, starannie konserwowane i chronione przed zniszczeniem.
 17. Zawartość zestawów operacyjnych z narzędziami, bielizną chirurgiczną i materiałami opatrunkowymi przygotowanymi do operacji powinna być dokładnie przeliczana i ewidencjonowana.
 18. Zestawów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym.
 19. Wszyscy pracownicy przebywający na Bloku Operacyjnym zobowiązani są do zmiany i noszenia ubrania oraz obuwia przeznaczonego wyłącznie do pracy na bloku.

§ 17.

Wypis pacjenta ze szpitala

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

2. Pacjent do chwili wypisania z oddziału pozostaje na stanie chorych szpitala.
3. Kierownik oddziału może odmówić przedstawicielowi ustawowemu wypisu chorego, którego stan zdrowia wymaga dalszego leczenia szpitalnego. W takim przypadku należy bezzwłocznie zawiadomić o odmowie wypisu i przyczynach tej odmowy właściwy dla siedziby Instytutu wydział rodzinny sądu rejonowego. Do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia sądu – pacjent pozostaje na oddziale.
4. W przypadku wypisu pacjenta na żądanie jego przedstawiciela ustawowego, kierownik kliniki/lekarz prowadzący zobowiązany jest poinformować o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pobrać pisemne oświadczenie w przedmiotowej sprawie.
5. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
6. Postanowienia ust. 3-5 stosuje się odpowiednio do pacjentów pełnoletnich posiadających pełną zdolność do czynności prawnych.
7. Wypis pacjentów z Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży odbywa się zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 18.

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

§ 19.

Dokumentacja medyczna

1. Na oddziałach prowadzona jest zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Przez dokumentację medyczną należy rozumieć zbiory dokumentów medycznych zawierające dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz udzielanych przez Instytut świadczeń zdrowotnych.
3. W Instytucie pacjent, objęty zarówno opieką ambulatoryjną jak i leczeniem szpitalnym, ma jedną dokumentację medyczną – historię choroby – posiadającą stały numer identyfikacyjny (numer kartoteki), nadany przy pierwszorazowym przyjęciu. Numer kartoteki służy następnie do identyfikacji pacjenta, kompletowania, przechowywania i odtwarzania dokumentacji.
4. Postanowienia ust. 3 nie dotyczą dokumentacji medycznej pacjentów, z poradni genetycznej i stomatologicznej.
5. Dokumentacja indywidualna prowadzona jest dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych Instytutu w systemie szpitalnym oraz na obowiązujących formularzach lub drukach, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w innej pisemnej formie.
6. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona elektronicznie oraz w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek.
7. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane także na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczenia informacji przed zniszczeniem i dostępem osób nieupoważnionych, a

także pod warunkiem sporządzania zbiorów w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 2, w postaci formularzy lub druków oraz sporządzania i przechowywania wydruków podpisanych przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.

8. Instytut zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta oraz ochronę danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
9. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w Instytucie może określać zarządzenie dyrektora.

§ 20.

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

§ 21.

1. Historia choroby dla pacjenta leczonego ambulatoryjnie zawiera w szczególności formularze:
 - 1) w części I
 - a) historia choroby – ambulatorium,
 - b) pełnomocnictwa w zakresie udostępniania dokumentacji,
 - c) korespondencja z lekarzem kierującym, pacjentem, opiekunami pacjenta lub innymi podmiotami,
 - d) kopie wydanych zaświadczeń,
 - 2) w części II
 - a) karta badania przedmiotowego (według uznania danej jednostki),
 - b) karta badań obserwacji i konsultacji,
 - c) karty badań specjalistycznych,
 - d) karta informacyjna leczenia ambulatoryjnego,
 - 3) w części III – wyniki badań specjalistycznych.
2. Historia choroby dla pacjenta leczonego szpitalnie zawiera w szczególności formularze:
 - 1) w części I
 - a) karta przyjęcia do szpitala,
 - b) świadoma zgoda na leczenie szpitalne,
 - c) pełnomocnictwo w zakresie udostępniania dokumentacji,
 - d) korespondencja z lekarzem kierującym i pacjentem lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta oraz innymi podmiotami,
 - 2) w części II
 - a) karta badania przedmiotowego,
 - b) karta obserwacji i konsultacji,
 - c) karta zleceń lekarskich,
 - d) karta gorączkowa,
 - e) indywidualna karta opieki pielęgniarskiej,
 - f) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - g) inne, dokumentujące badania, zabiegi i leczenie pacjenta,
 - 3) w części III – wyniki badań specjalistycznych.
3. Numerowanie i układanie stron w historii choroby:
 - 1) strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość,
 - 2) w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane,

- 3) w Instytucie obowiązuje numerowanie stron dokumentacji narastająco, od najstarszej do najnowszej zgodnie z:
 - a) wyodrębnionymi częściami historii choroby (I, II, III),
 - b) osobno dla każdej poradni,
 - c) osobno dla każdej hospitalizacji (nie oddziału w trakcie jednej hospitalizacji),
 - d) jeżeli dokumenty z każdej hospitalizacji są w osobnej okładce –teczki winny być dopinane narastająco (pierwsza okładka powinna być na początku, ponieważ jest na niej często dużo informacji o pacjencie, np. szczepienia wzw, uczulenia, itp.).
4. Dyrektor w drodze zarządzenia może określić wykaz dokumentów, stanowiących elementy dokumentacji medycznej pacjentów, prowadzonych wyłącznie w formie elektronicznej. Dokumentacja prowadzona w formie EDM nie wymaga oddrukowania.

§ 22.

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

1. oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
2. oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
3. oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 23.

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

§ 24.

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

§ 25.

1. Dokumentacja medyczna (historie chorób) przechowywana jest w Kartotece Medycznej do ukończenia przez pacjenta 18. roku życia, a następnie przekazywana do Archiwum Zakładowego Instytutu.
2. Dokumentacja medyczna (historie chorób) pacjentów powyżej 18. roku życia, w przypadku uzyskania zgody na leczenie indywidualne, przechowywana jest w Dziale Zasobów Archiwalnych (Kartoteka Medyczna). Historia choroby takiego pacjenta musi być oznakowana przez lekarza prowadzącego w sposób umożliwiający identyfikację przypadku i nieprzekazywanie do Archiwum Zakładowego do momentu zakończenia leczenia.
3. Pacjentowi powyżej 18. roku życia wcześniej leczonemu i wypisanemu (dokumentacja została przekazana do Archiwum), po uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na ponowne leczenie w Instytucie, zakładany jest nowy wolumin historii choroby o poprzednim numerze kartoteki z literą D.
4. W przypadku zgonu historia choroby przekazywana jest przez Kartotekę Medyczną do Archiwum Zakładowego Instytutu na bieżąco, po zakończeniu roku kalendarzowego, bez względu na wiek zmarłego pacjenta.
5. Datę zakończenia historii choroby stanowi ostatni dzień roku, w którym pacjent ukończył 18 lat.
6. Dokumentacja musi być przechowywana w miejscu umożliwiającym szybkie jej odnalezienie oraz zabezpieczona przed dostępem osób niepowołanych.
7. Kartoteka Medyczna wydaje dokumentację medyczną dla potrzeb bieżących jednostkom organizacyjnym działalności medycznej Instytutu do użytku wewnętrznego na polecenie dyrektora lub zastępcy dyrektora ds. klinicznych.
8. Do pobierania dokumentacji medycznej pacjenta Instytutu z Kartoteki Medycznej uprawnieni są wyłącznie pracownicy pisemnie upoważnieni przez kierowników jednostek organizacyjnych działalności medycznej, tj. klinik lub samodzielnych poradni.
9. Dokumentację zamówioną i zwracaną do Kartoteki Medycznej przewożą do i z poszczególnych jednostek organizacyjnych pracownicy Kartoteki.
10. Dokumentacja medyczna nie może być przekazywana przez pacjentów i opiekunów pacjenta.
11. Postanowienia niniejszego paragrafu nie dotyczą dokumentacji medycznej pacjentów, o których mowa w § 26 i § 27.

§ 26.

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

§ 27.

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

Rozdział VI- Organizacja, zadania i obowiązki poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu oraz warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Instytutu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym

§ 28.

Organy Instytutu i zarządzanie jego komórkami organizacyjnymi

1. Organami Instytutu są:
 - 1) Dyrektor,
 - 2) Rada naukowa.
2. Dyrektor zarządza Instytutem bezpośrednio lub przy pomocy swoich zastępców.
3. Zastępcy dyrektora kierują działalnością podporządkowanych im pionów, w zakresie ustalonym przez dyrektora.
4. Dyrektor może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas trwania ich umocowania.
5. Skład rady naukowej oraz jej kompetencje określa ustawa o instytutach badawczych oraz Statut IPCZD.

§ 29.

Zadania Dyrektora

Dyrektor kieruje Instytutem, a w szczególności:

- 1) ustala, po zasięgnięciu opinii rady naukowej, plan działalności Instytutu na dany rok kalendarzowy (do 30 czerwca roku poprzedzającego), kierunkowe plany tematyczne badań naukowych i prac rozwojowych,
- 2) realizuje politykę kadrową,
- 3) zarządza mieniem Instytutu i odpowiada za jego wykorzystanie na realizację zadań statutowych, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o instytutach badawczych,
- 4) odpowiada za wyniki działalności naukowej,
- 5) reprezentuje Instytut,
- 6) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem należących do zakresu działania rady naukowej.

§ 30.

Kadra kierownicza Instytutu

1. Kierowników jednostek i komórek organizacyjnych powołuje i odwołuje dyrektor, z zastrzeżeniem ust. 2-3.
2. Zastępców dyrektora powołuje i odwołuje minister nadzorujący po zasięgnięciu opinii dyrektora, z tym że zastępcę dyrektora do spraw naukowych minister nadzorujący powoływać będzie po zasięgnięciu opinii rady naukowej,
3. Zastępcą dyrektora do spraw naukowych może być tylko osoba posiadająca tytuł profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego.

§ 31.

Obowiązki zastępców dyrektora

1. Zastępcy dyrektora kierują działalnością podległych im pionów, zgodnie z przyjętym w Instytucie podziałem zadań.
2. Zastępcy dyrektora ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im jednostki i komórki organizacyjne.
3. Do obowiązków zastępców dyrektora w szczególności należy:
 - 1) organizacja i koordynacja pracy podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,

- 2) merytoryczny i funkcjonalny nadzór nad realizacją zadań pionu poprzez nadzór i kontrolę wykonywania zadań przez podległe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, oraz okresowy przegląd i uaktualnianie tych zadań,
 - 3) dokonywanie bieżącej i okresowej analizy wyników działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
 - 4) ustalanie kierunkowych planów tematycznych działalności podległego pionu,
 - 5) przygotowywanie projektów zmian w wewnętrznej strukturze organizacyjnej pionu i projektów ramowych zadań podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
 - 6) podejmowanie decyzji dotyczących działalności pionu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji dyrektora lub właściwości rady naukowej,
 - 7) realizacja przyjętej w Instytucie polityki kadrowej w oparciu o zasadę optymalizacji zatrudnienia i racjonalnego wykorzystywania istniejących zasobów kadrowych,
 - 8) właściwy dobór kadry kierowniczej, opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska kierownicze,
 - 9) przedkładanie dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych, w tym dotyczących powołania pracownika na stanowisko kierownicze lub odwołania go z zajmowanego stanowiska,
 - 10) nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem składników majątkowych będących w dyspozycji pionu,
 - 11) tworzenie optymalnych warunków pracy, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych pracowników.
4. Zastępcy dyrektora realizują inne zadania powierzone im imiennie przez dyrektora.

§ 32.

Obowiązki kierowników jednostek i komórek organizacyjnych

1. Kierownicy poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za realizację zadań podległych im jednostek i komórek, a w szczególności za:
 - a) właściwą organizację pracy w podległych im jednostkach i komórkach organizacyjnych, zapewniającą realizację powierzonych zadań,
 - b) koordynację bieżących prac,
 - c) nadzór i kontrolę prawidłowości i terminowości wykonywania obowiązków służbowych przez podległych im pracowników,
 - d) nadzór nad rzetelnym prowadzeniem dokumentacji oraz sprawozdawczości z zakresu wykonanych przez daną jednostkę lub komórkę organizacyjną prac, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz regulacjami wewnętrznymi Instytutu,
 - e) skutki podjętych przez siebie działań lub ich zaniechań,
 - f) właściwą gospodarkę powierzonym mieniem i jego ochronę, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i regulacjami wewnętrznymi Instytutu,
 - g) przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych obowiązujących dla poszczególnych stanowisk pracy oraz zasad postępowania w przypadku wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń ludzi i mienia,
 - h) dyscyplinę pracy i efektywne wykorzystywanie czasu pracy przez podległych im pracowników,
 - i) zapoznavanie się z aktualnymi powszechnie obowiązującymi i wewnętrznymi przepisami prawa oraz dokumentacją Systemu Zarządzania Jakością dotyczącymi zakresu zadań jednostki lub komórki oraz przekazywanie ich podległym pracownikom w celu umożliwienia zapoznania się z ich treścią i stosowania w realizacji bieżących zadań.
2. Kierownicy odpowiadają za wykonywanie zadań merytorycznie związanych z zakresem działalności kierowanych przez nich jednostek lub komórek organizacyjnych oraz doraźnie zlecanych przez dyrektora lub jego zastępcę właściwego dla przedmiotu działania danej jednostki lub komórki organizacyjnej.

3. Kierownicy realizują zadania powierzone im imiennie przez dyrektora lub jego zastępcę, zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym.
4. Kierownik jednostki lub komórki organizacyjnej jest przełożonym pracowników w niej zatrudnionych.
5. Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu uczestniczą w realizacji przyjętej w Instytucie polityki kadrowej, kierując się zasadą optymalnego dla potrzeb danej jednostki lub komórki zatrudnienia oraz racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów kadrowych.
6. Kierownicy dbają o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych im pracowników.
7. Kierownicy realizują politykę kadrową również poprzez wnioskowanie o nagrodzenie, awansowanie lub ukaranie pracownika, zgodnie z obowiązującymi regulaminami pracy i wynagradzania.
8. Kierownicy jednostek lub komórek organizacyjnych ustalają indywidualne zakresy obowiązków dla pracowników jednostek i komórek organizacyjnych im podległych.
9. Kierownicy zobowiązani są do ustalenia indywidualnych zakresów obowiązków niezwłocznie po przystąpieniu pracownika do pracy lub po zmianie rodzaju pracy.
10. Zakresy obowiązków, o których mowa w ust. 9, są ustalane w formie pisemnej (opis stanowiska pracy) i podpisywane przez bezpośredniego przełożonego.
11. Opisy stanowisk pracy sporządzane są w dwóch egzemplarzach: jeden dla pracownika, drugi do akt osobowych.

§ 33.

Obowiązki i uprawnienia pracowników Instytutu

1. Obowiązki służbowe pracowników Instytutu określają ich indywidualne zakresy obowiązków.
2. Pracownicy Instytutu są zobowiązani do dbania o powierzone im narzędzia, niezbędne do wykonywania obowiązków służbowych.
3. Ogólne prawa i obowiązki pracowników wynikające z przepisów prawa pracy określają regulaminy pracy i wynagradzania.
4. Pracownicy Instytutu zobowiązani są do noszenia w widocznym miejscu imiennego identyfikatora stanowiącego jednocześnie kartę dostępu do pomieszczeń Instytutu. Bezwzględnie zabrania się udostępniania identyfikatorów osobom trzecim. W przypadku zgubienia lub kradzieży identyfikatora pracownik zobowiązany jest niezwłocznie zgłosić ten fakt do Działu Logistyki.

§ 34.

1. Struktura organizacyjna Instytutu, z zastrzeżeniem ust. 2, obejmuje: piony, jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. W strukturze organizacyjnej pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych wyodrębnia się zakłady, na zasadach określonych w rozdziale III niniejszego Regulaminu.
3. Piony, jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy, wchodzące w strukturę organizacyjną Instytutu, tworzy, likwiduje lub przekształca dyrektor.
4. W strukturę organizacyjną poszczególnych pionów Instytutu, z wyłączeniem pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych, wchodzi: dział, sekcja lub samodzielne stanowiska pracy.
5. Wewnętrzną strukturę organizacyjną działów mogą tworzyć sekcje.
6. W strukturę organizacyjną pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych wchodzi w szczególności: klinika, zakład, izba przyjęć, apteka, oddziały, poradnie, zespoły i pracownie.
7. W strukturę organizacyjną pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych mogą również wchodzić: dział, sekcja lub samodzielne stanowiska pracy.
8. Wewnętrzną strukturę organizacyjną klinik mogą tworzyć: oddziały, poradnie, pracownie.
9. Wewnętrzną strukturę organizacyjną zakładów mogą tworzyć poradnie lub pracownie.
10. W przypadkach uzasadnionych specyfiką zakresu działania, wymagającą szczególnej formy organizacyjnej, nazewnictwo jednostek i komórek organizacyjnych pionu może odbiegać od wskazanego w ustępach powyższych.

§ 35.

Zadania Instytutu realizowane są przez pion:

- 1) dyrektora,
- 2) zastępcy dyrektora ds. naukowych,
- 3) zastępcy dyrektora ds. klinicznych,
- 4) zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa,
- 5) zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych,
- 6) zastępcy dyrektora ds. administracyjno-technicznych.

§ 36.

Zakres zadań w podziale na piony

1. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu dyrektora wykonują zadania na rzecz realizacji celów statutowych Instytutu, a w szczególności w zakresie:
 - a) organizacji i zarządzania, obsługi prawnej i kształtowania stosunków prawnych z innymi podmiotami, obsługi kancelaryjnej Instytutu,
 - b) prowadzenia polityki kadrowej i obsługi pracowników w zakresie spraw pracowniczych, a także prowadzenia dokumentacji dotyczącej przebiegu pracy pracowników,
 - c) obsługi pracowników w zakresie naliczania wynagrodzeń i innych świadczeń związanych z pracą, obsługi Pracowniczych Planów Kapitałowych,
 - d) poprawy jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych,
 - e) analizy rynku i konkurencyjności w zakresie usług medycznych,
 - f) kontraktowania i rozliczania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów Instytutu,
 - g) prowadzenia sprzedaży usług zdrowotnych na rzecz płatników innych niż publiczni,
 - h) zakupu usług zdrowotnych,
 - i) utrzymywania struktury zintegrowanego systemu zarządzania, spójnej z zakresem działania Instytutu, udziału w określaniu polityki jakości,
 - j) planowania i realizowania audytów wewnętrznych, przygotowywania Instytutu do audytów zewnętrznych oraz procesu uzyskania i utrzymania certyfikatu akredytacyjnego,
 - k) monitorowania satysfakcji pacjentów, przyjmowania i rozpatrywania skarg,
 - l) procesu wsparcia pacjenta w obszarze udzielania pomocy socjalnej, adaptacji społecznej, pomocy rodzinie,
 - m) wydawania opinii o produktach, przedmiotach i sprzętach, procedowania udzielania licencji na korzystanie ze znaku Logo „Pozytywna Opinia Centrum Zdrowia Dziecka”,
 - n) przestrzegania warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - o) kształtowania dobrej komunikacji społecznej z otoczeniem zewnętrznym i wewnętrznym, dbałości o pozytywny wizerunek Instytutu, przygotowywania materiałów informacyjnych dla mediów, redagowania i opracowywania materiałów okolicznościowych, prowadzenia kampanii i akcji społecznych z udziałem lub na rzecz Instytutu,
 - p) administrowania bezpieczeństwem informacji,
 - q) ochrony danych osobowych,
 - r) obronności.
2. Zadania statutowe Instytutu realizowane są bezpośrednio przez jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów:
 - a) zastępcy dyrektora ds. naukowych – w zakresie działalności naukowej i badawczo-rozwojowej,
 - b) zastępcy dyrektora ds. klinicznych oraz zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. naukowych wykonują zadania w zakresie:
 - a) prowadzenia badań naukowych oraz prac badawczo-rozwojowych w systemie grantów przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,
 - b) realizowania innych programów i zadań naukowych,
 - c) prowadzenia badań naukowych w systemie tzw. grantów wewnętrznych, finansowanych ze środków przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,
 - d) koordynowania badań i prac prowadzonych z udziałem innych podmiotów,
 - e) działalności wspomagającej badania finansowane lub dofinansowywane w szczególności ze środków przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,

- f) zarządzania badaniami klinicznymi,
 - g) prowadzenia biobanku i zarządzania procesem biobankowania do celów naukowych,
 - h) prowadzenia Pediatrycznego Regionalnego Centrum Medycyny Cyfrowej oraz zarządzania i analizy gromadzonych w nim danych,
 - i) gromadzenia danych dotyczących dorobku naukowego pracowników Instytutu,
 - j) upowszechniania wyników prowadzonych badań naukowych,
 - k) udostępniania dorobku publikacyjnego pracowników i rozpraw doktorskich,
 - l) opracowywania i udostępniania informacji naukowej,
 - m) gromadzenia, opracowania, przechowywania i udostępniania księgozbioru,
 - n) opracowywania opinii i ekspertyz,
 - o) współpracy naukowej z ośrodkami naukowymi i dydaktycznymi krajowymi i zagranicznymi,
 - p) realizacji polityki i obsługi administracyjnej w zakresie badań klinicznych, badań obserwacyjnych oraz innych sponsorowanych prac badawczych prowadzonych w Instytucie,
 - q) kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, prowadzenia innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego,
 - r) organizacji i obsługi praktyk indywidualnych oraz praktyk wynikających z umów, staży obserwacyjnych dla studentów i lekarzy z zagranicy,
 - s) wspomagania procesu decyzyjnego w zakresie polityki zdrowotnej mającej odniesienie do populacji wieku rozwojowego,
 - t) opracowywania strategii zapobiegania chorobom wieku rozwojowego uwarunkowanych stylem życia i wpływem środowiska,
 - u) opracowywania i realizacji programów zdrowotnych ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży.
4. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. klinicznych wykonują zadania w zakresie:
- a) leczenia stacjonarnego – zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i postępowania leczniczego ogólnopediatrycznego i wysokospecjalistycznego,
 - b) leczenia ambulatoryjnego – prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej profilaktycznej,
 - c) postępowania rehabilitacyjnego – udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej,
 - d) diagnostyki – wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji,
 - e) profilaktyki i promocji zdrowia,
 - f) orzekania o stanie zdrowia pacjenta,
 - g) zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - h) ochrony radiologicznej,
 - i) współuczestnictwa w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Instytucie,
 - j) utrzymywania nieujemnego bilansu przychodów i kosztów we właściwym jednostkom i komórkom obszarze działalności.
5. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa wykonują zadania w szczególności w zakresie:
- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - b) organizacji pracy pielęgniarstwa, monitorowania zaopatrzenia w sprzęt, narzędzia i inne wyroby medyczne,
 - c) kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego (pielęgniarek, położnych personelu wspomagającego),
 - d) zapewnienia usług w zakresie sterylizacji i dezynfekcji dla potrzeb jednostek organizacyjnych Instytutu, jak również świadczenie usług dla zewnętrznych odbiorców.
6. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych realizują zadania w zakresie:
- a) strategicznego planowania i zarządzania finansami Instytutu,

- b) koordynacji procesu planowania ekonomicznego (budżetowania) komórek organizacyjnych, przygotowania planu rzeczowo-finansowego Instytutu i jego korekt, kontroli zgodności kosztów operacyjnych i wydatków inwestycyjnych z planem ekonomicznym, kalkulacji kosztów, analiz ekonomicznych,
 - c) monitorowania i kontrolowania stopnia realizacji budżetu,
 - d) nadzorowania i dbałości o kontakty z zewnętrznymi instytucjami finansowymi, bankami, negocjowania warunków umów, lokat i kredytów, obsługi finansowo-księgowej, w tym prowadzenia bieżących rozliczeń z kontrahentami, sprawozdawczości finansowej i statystycznej, prowadzenia ksiąg rachunkowych,
 - e) nadzoru nad przeprowadzaniem i rozliczaniem inwentaryzacji składników majątku Instytutu,
 - f) planowania i prowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie wniosków o wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,
 - g) informatyzacji, projektowania infrastruktury oraz instalacji nowego sprzętu,
 - h) zarządzania systemami informatycznymi i zasobami komputerów.
7. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu zastępcy dyrektora ds. administracyjno-technicznych wykonują zadania w szczególności w zakresie:
- a) archiwizacji dokumentów Instytutu, organizacji pracy Kartoteki, nadzoru nad powielaniem dokumentacji w centralnej powielarni Instytutu, nadzoru nad udostępnianiem dokumentacji z zasobów Kartoteki i Archiwum Zakładowego,
 - b) prowadzenia działalności w zakresie żywienia zbiorowego, w szczególności pacjentów i pracowników Instytutu oraz w zakresie produkcji i dystrybucji posiłków dla pacjentów do 1. roku życia (kuchnia mleczna),
 - c) zarządzania infrastrukturą Instytutu w zakresie obsługi administracyjnej i technicznej, a w szczególności: administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami Instytutu, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i budowli, remontów i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Instytutu, transportu, gospodarki magazynowej, koordynacji służb ds. bezpieczeństwa,
 - d) zabezpieczenia transportu sanitarnego na potrzeby obsługi pacjentów Izby Przyjęć, zespołu transplantacyjnego, transportu krwi i składników krwiopochodnych, preparatów do żywienia pozajelitowego, wentylacji domowej i pacjentów dializowanych, zabezpieczenia transportu wewnętrznego dla potrzeb Instytutu,
 - e) zarządzania obszarem parkingu, ochrony, systemem kontroli dostępu, informacji wizualnych, transportu wewnętrznego oraz utrzymaniem terenów zewnętrznych. Nadzór nad usługami, w szczególności: sprzątania, prania, odbiorem odpadów komunalnych i medycznych, telekomunikacyjnymi, ubezpieczeniowymi,
 - f) nadzoru i monitorowania działań w zakresie ochrony środowiska,
 - g) analizy rynków zaopatrzenia według uzgodnionej metodyki,
 - h) oceny siły zakupowej Instytutu na poszczególnych rynkach zaopatrzenia,
 - i) obsługi postępowań zakupowych z wyłączeniem obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - j) monitoringu jakości dostaw i usług,
 - k) prowadzenia magazynów,
 - l) ochrony przeciwpożarowej,
 - m) planowania żywienia dla pacjentów szpitala, zgodnie z zasadami racjonalnego żywienia i stosownie do specyficznych diet leczniczych i diet indywidualnych, zgodnie z wykazem diet obowiązujących w Instytucie.
8. Zakres zadań jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy poszczególnych pionów działalności Instytutu określa załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 37.

Komitety, komisje i zespoły

1. W Instytucie mogą działać komitety, komisje i zespoły wspomagające działalność statutową, w szczególności w zakresie organizacji wykonywania, nadzorowania, analizowania lub oceniania udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Szczegółowe zasady funkcjonowania oraz zakres zadań i skład osobowy komitetów, komisji i zespołów regulują zarządzenia dyrektora Instytutu.

§ 38.

Inspektor Ochrony Danych

1. Administrator Danych, którym jest dyrektor Instytutu, na podstawie art.37 RODO, powołuje Inspektora ochrony danych.
2. Inspektor ochrony danych podlega bezpośrednio dyrektorowi Instytutu.
3. Administrator Danych wspiera Inspektora ochrony danych w wypełnianiu przez niego zadań, o których mowa w art. 39 RODO, zapewniając mu zasoby niezbędne do wykonania tych zadań oraz dostęp do danych osobowych i operacji przetwarzania, a także zasoby niezbędne do utrzymania jego wiedzy fachowej.

§ 39.

Monitoring

1. Na podstawie art. 23a ustawy o działalności leczniczej, w celu zapewnienia bezpieczeństwa personelu oraz pacjentów i ich opiekunów na terenie IPCZD stosuje się monitoring wizyjny.
2. System monitoringu wizyjnego na terenie IPCZD składa się z kamer rejestrujących zdarzenia, urządzenia rejestrującego i zapisującego obraz na nośniku fizycznym oraz monitorów pozwalających na podgląd rejestrowanych zdarzeń.
3. Szczegółowe zasady prowadzenia monitoringu na terenie IPCZD określa zarządzenie dyrektora.

Rozdział VII- Warunki współdziałania z innymi podmiotami zewnętrznymi wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 40.

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

Rozdział VIII- Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

§ 41.

1. Instytut udostępnia dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności:
 - 1) ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 2) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,

- 3) ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
 - 4) Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez IPCZD, poprzez sporządzenie jej kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie jej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
 3. Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej oraz sposób ich naliczania regulują przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz regulamin wewnętrzny udostępniania dokumentacji medycznej.

§ 42.

1. Szczegółowy sposób przechowywania dokumentacji medycznej regulują przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz odrębne regulacje wewnętrzne, w tym regulamin postępowania w zakresie obiegu dokumentacji medycznej w IPCZD.
2. Do postępowania z dokumentacją będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się te przepisy.

§ 43.

1. Instytut prowadzi wykaz zawierający informacje dotyczące udostępnionej dokumentacji medycznej.
2. Za realizację procedury udostępniania dokumentacji medycznej w imieniu Instytutu odpowiada Sekcja ds. Udostępniania Dokumentacji Medycznej. W Instytucie prowadzi się centralny rejestr spraw dotyczących udostępniania uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej pacjentów Instytutu na zewnątrz.

Rozdział IX - Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,

§ 44.

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, regulowana jest oddzielnym zarządzeniem dyrektora.

Rozdział X- Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową i całkowitą odpłatnością,

§ 45.

1. Pacjentom mogą być udzielane świadczenia zdrowotne za całkowitą lub częściową odpłatnością.
2. Świadczenia odpłatne są udzielane w oparciu o cennik usług medycznych obowiązujących w momencie udzielania świadczeń ustalony i wprowadzony zarządzeniem dyrektora - dotyczy świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym oraz z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.
3. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych wysokość odpłatności szacowana jest na podstawie indywidualnej kalkulacji cenowej, a pacjent o koszcie hospitalizacji informowany jest przed wyznaczeniem terminu przyjęcia do szpitala.
4. Informacje o wysokości odpłatności za świadczenia zdrowotne udzielane w trybie ambulatoryjnym oraz w zakresie diagnostyki laboratoryjnej można uzyskać na stronie internetowej Instytutu.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na prowadzony przez Instytut harmonogram przyjęć na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
7. Cennik usług medycznych, w oparciu o kalkulacje kosztów dokonywane przez Dział Controllingu i Analiz Ekonomicznych, a także rozeznanie rynku jest ustalany przez Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej i zatwierdzany przez dyrektora.
8. Cennik Usług Medycznych regulowany jest oddzielnym zarządzeniem dyrektora Instytutu i podlega aktualizacji nie rzadziej niż 2 (dwa) razy w roku.
9. W poszczególnych pozycjach cennika usług medycznych dopuszcza się zmiany bez zachowania trybu określonego w ust. 8. W takim przypadku ustalone przez Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej (po uzgodnieniu z kierownikiem zakładu/pracowni, gdzie wykonywane są poszczególne badania) zmiany w Cenniku Usług Medycznych wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez dyrektora.
10. Aktualny cennik usług medycznych znajduje się do wglądu na stronie internetowej Instytutu.

§ 46.

1. Podstawę do naliczenia wstępnej i ostatecznej należności za leczenie szpitalne stanowią dane zawarte w karcie odpłatnego leczenia pacjenta, której wzór stanowi załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu.
2. Planując przyjęcie pacjenta, kierownik właściwej kliniki/oddziału lub lekarz prowadzący wypełnia kartę odpłatnego leczenia pacjenta, uwzględniając informacje o wszystkich planowanych do wykorzystania zasobach: procedurach medycznych, zabiegowych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych, lekach, preparatach krwi, liczbie osobodni, obejmujących cały planowany pobyt pacjenta (w tym hospitalizacje na wszystkich planowanych oddziałach).
3. Sekretariat oddziału przekazuje poprawnie i kompletnie wypełnioną kartę, o której mowa w ust. 2, do Działu Controllingu i Analiz Ekonomicznych (celem wyliczenia wstępnego kosztu świadczenia) oraz informuje Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej o planowanym terminie przyjęcia pacjenta. Przekazanie karty odbywa się drogą elektroniczną.
4. Dział Controllingu i Analiz Ekonomicznych dokonuje kalkulacji kosztów hospitalizacji na podstawie informacji zawartych w karcie, o której mowa w ust. 2, w oparciu o faktyczne koszty zasobów, w szczególności koszty leków, koszty procedur oszacowane na podstawie ankietyzacji oraz koszty osobodni oszacowane na podstawie księgowych danych historycznych. Dział Controllingu i Analiz Ekonomicznych każdorazowo, po wyliczeniu zarówno wstępnego jak i ostatecznego kosztorysu

- leczenia pacjenta, najpóźniej w następnym dniu roboczym przesyła dane do Sekcji Wsparcia Pracy Klinicznej.
5. Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej na podstawie kosztorysu przygotowuje wstępną wycenę planowanej hospitalizacji, w tym ustala kwotę zaliczki stanowiącą 100% wstępnej wyceny. Następnie drogą elektroniczną wysyła informację o wstępnej wycenie i kwocie zaliczki właściwemu oddziałowi oraz do Działu Księgowości.
 6. Sekretariat oddziału przekazuje informację o kwocie zaliczki opiekunom pacjenta.
 7. Wpłaty zaliczki należy dokonać na rachunek bankowy Instytutu, a dowód wpłaty (potwierdzenie przelewu) okazać w Izbie Przyjęć w dniu przyjęcia pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 10, 11 i 13.
 8. Przyjęcie pacjenta do odpłatnego leczenia szpitalnego odbywa się przez Izbę Przyjęć.
 9. Osoba rejestrująca w Izbie Przyjęć uzyskuje od opiekunów deklarację o pokryciu pełnej kwoty ostatecznej wyceny planowej jak i nagłej hospitalizacji. Dokument jest dołączany do historii choroby pacjenta.
 10. W przypadku przyjęcia w trybie nagłym, oddział prowadzący leczenie pacjenta, bez zbędnej zwłoki, przekazuje kartę, o której mowa w ust. 2 do Działu Controllingu i Analiz Ekonomicznych celem określenia wstępnego kosztorysu, wyceny i pobrania zaliczki, w wysokości określonej zgodnie z ust. 6.
 11. W przypadku przyjęcia pacjenta w trybie nagłym po godzinie 15.35 lub w dni wolne od pracy, Dział Controllingu i Analiz Ekonomicznych wylicza, a Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej przygotowuje i przekazuje wstępny kosztorys w pierwszym dniu roboczym do Sekretariatu Oddziału.
 12. Sekretariat Oddziału przekazuje wstępny kosztorys przedstawicielowi ustawowemu, a przedstawiciel ustawowy ma obowiązek niezwłocznego zrealizowania płatności ze wstępnego kosztorysu podczas trwania hospitalizacji w trybie nagłym.
 13. W przeddzień planowanego wypisu pacjenta ze szpitala, kierownik właściwej kliniki/oddziału lub lekarz prowadzący lub osoba przez niego wskazana weryfikuje faktycznie wykonane świadczenia medyczne w karcie, o której mowa w ust. 2.
 14. Sekretariat oddziału przekazuje kartę, o której mowa w ust. 2, do Działu Controllingu i Analiz Ekonomicznych celem wyliczenia ostatecznego kosztorysu hospitalizacji oraz informuje Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej o terminie wypisu pacjenta ze szpitala. Przekazanie karty odbywa się drogą elektroniczną.
 15. Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej na podstawie kosztorysu przygotowuje ostateczną wycenę hospitalizacji i przekazuje informację o całkowitej kwocie właściwemu oddziałowi oraz do Działu Księgowości.
 16. Sekretariat oddziału przekazuje informację o ostatecznej opłacie za hospitalizację opiekunom pacjenta.
 17. W sytuacji niedoboru zaliczki względem opłaty końcowej opiekun pacjenta zobowiązany jest do uregulowania płatności przelewem na wskazane konto bankowe przed wypisem dziecka ze szpitala. W przypadku nadpłaty zaliczka zostaje zwrócona na konto wskazane przez opiekunów pacjenta.
 18. Dział Księgowości powiadamia Sekcję Wsparcia Pracy Klinicznej w przypadku, gdy powyższa kwota wpłacona zostanie na konto Instytutu – wówczas Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej wystawia fakturę za hospitalizację.

Rozdział XI- Prawa i obowiązki pacjenta,

§ 47.

Prawa pacjenta

1. Pacjentowi przysługują prawa określone w Konstytucji RP, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawie o działalności leczniczej, ustawie o ochronie danych osobowych, Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20

listopada 1989 roku (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526) wraz ze zmianą zakresu obowiązywania Konwencji o prawach dziecka (Dz. U. z 2013 r., poz. 677 – Oświadczenie rządowe z dnia 27 marca 2013 r. w sprawie zmiany zakresu obowiązywania Konwencji o prawach dziecka, przyjętej dnia 20 listopada 1989 r. w Nowym Jorku), a także w innych przepisach określających prawa i obowiązki pacjenta.

2. Pacjent w szczególności ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości – do świadczeń udzielanych zgodnie z przyjętymi standardami,
- 2) korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń,
- 3) uzyskania pomocy lekarskiej w każdym przypadku nie cierpiącym zwłoki,
- 4) udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
- 5) uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- 6) uzyskania przystępnej informacji o procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwach,
- 7) wyrażenia odmowy do uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu, procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwach,
- 8) do wyrażenia swojej opinii w zakresie uzyskanych informacji o swoim stanie zdrowia, możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- 9) wskazania osób, którym lekarz może udzielić informacji o jego stanie zdrowia,
- 10) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie u niego zabiegu operacyjnego lub zastosowanie wobec niego metody leczenia bądź diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko i do właściwej informacji w celu podjęcia przez niego decyzji w tym zakresie,
- 11) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub o zorganizowanie konsylium lekarskiego,
- 12) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 13) intymności i poszanowania godności w stanie terminalnym,
- 14) udostępnienia mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona,
- 15) zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego z wyłączeniem sytuacji, gdy tak stanowią przepisy prawa powszechnie obowiązującego,
- 16) udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osoby bliskiej, z wyłączeniem przypadków, w których obecność osoby bliskiej spowoduje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta,
- 17) zapewnienia ochrony danych osobowych, w tym zawartych w dokumentacji medycznej oraz ochrony wizerunku,
- 18) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów, dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepiania określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych, ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą,
- 19) do umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczepianie komórek, tkanek i narządów, jeżeli ma być biorcą, oraz do wyboru go jako biorcy w oparciu o kryteria medyczne,
- 20) życzliwego i troskliwego traktowania go przez personel Instytutu,
- 21) dostępu do informacji o prawach pacjenta,

- 22) wniesienia sprzeciwu wobec opinii lekarza, w sytuacji, gdy opinia ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów,
- 23) składania skarg lub wniosków w sprawach związanych z udzielaniem przez Instytut świadczeń zdrowotnych.
3. Pacjent przyjęty do leczenia szpitalnego ma również prawo do zapewnienia mu:
 - 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
 - 2) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie lub opiekuna pacjenta,
 - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz lub do odmowy takiego kontaktu,
 - 5) przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie Instytutu,
 - 6) odpoczynku i zabawy pod opieką wykwalifikowanego personelu,
 - 7) nauki dostosowanej do wieku i stanu zdrowia prowadzonej przez Zespół Szkół Specjalnych nr 78 im. Ewy Szelburg-Zarembiny, tj. przedszkola, szkoły podstawowej, liceum ogólnokształcącego,
 - 8) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
 - 9) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza prowadzącego informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu,
 - 10) opieki duszpasterskiej.
4. Prawa, o których mowa w ust. 1 i 3, przysługują pacjentom stosownie do uprawnień wynikających z ich wieku i zdolności do podejmowania czynności prawnych.
5. Przedstawiciel ustawowy lub inny opiekun pacjenta oraz pacjent, jeżeli jest w odpowiednim wieku, powinni zostać zapoznani przez pielęgniarkę Izby Przyjęć z zakresem praw i obowiązków pacjenta.

§ 48.

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

§ 49.

Obowiązki pacjenta

1. Pacjent oraz osoba sprawująca nad nim opiekę mają obowiązek stosowania się do wewnętrznych regulaminów i zaleceń personelu medycznego, a w szczególności do wskazań lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych biorących udział w procesie leczenia.
2. W porze obchodów lekarskich, wykonywania zabiegów i opatrunków czy podawania posiłków pacjent zobowiązany jest przebywać w sali lub innych przeznaczonych dla niego pomieszczeniach.
3. Pacjent oraz opiekun pacjenta mogą przebywać wyłącznie w przydzielonej sali oraz pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów.
4. Pacjent zobowiązany jest do utrzymywania czystości i porządku w swoim otoczeniu oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach oddziału.
5. Pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez zespół leczący lub lekarza dyżurnego.

6. Pacjentowi nie wolno spożywać artykułów spożywczych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego i pielęgniarki dyżurnej.
7. Pacjent w czasie trwania ciszy nocnej, w godz. od 22.00 do 6.00, powinien przebywać w łóżku.
8. Pacjentowi nie wolno zakłócać spokoju innym pacjentom oraz pracy personelowi.
9. Ponadto pacjent zobowiązany jest do:
 - 1) przestrzegania przyjętego na oddziale godzinowego rozkładu dnia,
 - 2) zabezpieczenia swoich rzeczy osobistych, w tym rzeczy wartościowych, garderoby, pieniędzy i dokumentów, których nie przekazał do depozytu osobistych rzeczy pacjenta, a za które tym samym Instytut nie ponosi odpowiedzialności,
 - 3) poszanowania mienia szpitala,
 - 4) stosowania się do obowiązującego na terenie szpitala zakazu palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających, a także posiadania tych substancji,
 - 5) stosowania się do obowiązującego na terenie szpitala zakazu posiadania broni, jej imitacji, a także innych materiałów lub substancji niebezpiecznych albo sprawiających takie wrażenie.

§ 50.

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

§ 51.

1. Pacjent może korzystać z biblioteki Zespołu Szkół Specjalnych na warunkach określonych w jej regulaminie.
2. Pacjent może korzystać z opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską oraz ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.
3. Uprawnienia te może ograniczyć dyrektor lub kierownik kliniki ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych dla funkcjonowania Instytutu powodów.

§ 52.

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

§ 53.

1. Pacjent nie ma prawa wychodzić poza teren oddziału, na którym jest hospitalizowany, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 oraz § 54.
2. Opuszczanie oddziału jest możliwe w przypadku badań, konsultacji lub zabiegów poza oddziałem/Instytutem.
3. Opuszczanie oddziału jest również możliwe w ramach udziału w imprezach kulturalno-rozrywkowych organizowanych dla pacjentów na terenie Instytutu lub poza nim, w szczególności wyjazdów edukacyjnych organizowanych przez Zespół Szkół Specjalnych.

4. W czasie pozostawiania przez pacjenta poza oddziałem, w przypadkach, o których mowa w ust. 2 i 3, pacjentom towarzyszy pielęgniarka, inny pracownik medyczny oddziału lub wychowawca przedszkola albo pedagog.
5. Krótkotrwałe opuszczenie oddziału przez pacjenta w czasie odwiedzin odbywa się na zasadach określonych w § 54.
6. Na terenie Instytutu w określonych obszarach prowadzony jest monitoring wizyjny.

§ 54.

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

§ 55.

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

§ 56.

Zasady odwiedzania pacjentów oraz pobytu opiekunów

1. Opiekun pacjenta może przebywać przy pacjencie bez ograniczeń z zastrzeżeniem ust. 10 oraz 11.
2. Opiekun ma prawo do udziału w procesie leczenia pacjenta i do czynnego włączenia się w proces pielęgnacyjny swojego dziecka.
3. Opiekun jest zobowiązany do przestrzegania zasad współżycia międzyludzkiego i porządku na oddziale.
4. Opiekun pacjenta, pozostający na oddziale w nocy, nie może swoją obecnością stwarzać zagrożeń w opiece nad pacjentem, w szczególności nie może rozkładać materacy, łóżek polowych lub foteli na trasie dostępu do łóżka chorego, wyłączać alarmów aparatury medycznej, wyłączać oświetlenia nocnego na sali, blokować drzwi do sali pacjenta lub zakłócać ciszy nocnej.
5. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba.
6. Na oddziałach intensywnej terapii przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba, przy czym jej pobyt u pacjenta wymaga uzyskania zgody lekarza.
7. Ze względów epidemiologicznych oraz organizacyjno-porządkowych nie zaleca się, aby danego pacjenta w Sali chorych odwiedzały jednocześnie więcej niż dwie osoby. Odwiedziny większej ilości osób wymagają każdorazowo zgody Kierownika Oddziału.
8. Ze względów epidemiologicznych oraz organizacyjno-porządkowych nie zaleca się odwiedzin pacjentów przez dzieci poniżej 14. roku życia. Za uprzednią zgodą Kierownika Oddziału odwiedziny takich dzieci są możliwe wyłącznie w obecności opiekuna prawnego, który jest zobowiązany zadbać o to, aby były przestrzegane wszystkie zasady obowiązujące w oddziale.
9. W przypadku odwiedzin pacjentów hospitalizowanych w salach wieloosobowych, w miarę możliwości zaleca się kontakt poza salą chorych, w specjalnie wyznaczonych miejscach.

znajdujących się w poszczególnych oddziałach Instytutu. W przypadku odwiedzin w Sali chorych, zachowanie odwiedzających nie może zakłócać dobrostanu pozostałych pacjentów.

10. Prawo do odwiedzin na oddziale i sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może być czasowo wstrzymane przez kierownika kliniki/oddziału, dyrektora z przyczyn epidemiologicznych lub innych istotnych przyczyn organizacyjnych określonych przez Instytut. W sytuacji wystąpienia powyższych ograniczeń, Instytut zapewnia dostęp do bezprzewodowej sieci Wi-Fi, co umożliwia pacjentom kontakt z bliskimi poprzez wideorozmowy oraz inne formy komunikacji online.
11. Zasady pobytu rodziców/ opiekunów oraz zasady odwiedzin szczegółowo regulują zapisy regulaminu oddziału.
12. W Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży pacjenci przebywają bez opiekuna prawnego. Regulamin ww. oddziału reguluje dostęp pacjentów do rozmów telefonicznych z opiekunami prawnymi w wyznaczonych godzinach w ciągu każdego dnia.

§ 57.

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

§ 58.

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

- uciążliwe urządzenia dźwiękowe, zabawek mogących stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa dla dzieci (zabawki z drobnymi elementami, zabawki na sznurkach, gumkach, tasiemkach),
- 9) palenia tytoniu, spożywania alkoholu i używania środków odurzających, a także ich posiadania lub pozostawiania pod ich wpływem,
 - 10) zakłócania spokoju na terenie szpitala,
 - 11) spożywania napojów, posiłków (zwłaszcza gorących) poza wyznaczonymi miejscami, np. w pokoju pacjenta,
 - 12) prania lub suszenia bielizny i odzieży w łazienkach i pokojach pacjentów,
 - 13) wchodzenia do pomieszczeń służbowych,
 - 14) wnoszenia broni, jej imitacji, a także innych materiałów lub substancji niebezpiecznych albo sprawiających takie wrażenie,
 - 15) ubioru lub zachowań nieodpowiadających specyfice szpitala dziecięcego (np. epatujących przemocą lub seksualnością).
3. Za szkody powstałe w mieniu szpitala z winy osoby odwiedzającej pacjenta odpowiedzialność materialną ponosi osoba wyrządzająca daną szkodę.
 4. Instytut nie bierze odpowiedzialności za zabawki i inne rzeczy pozostawione pacjentowi do jego dyspozycji oraz za rzeczy osób odwiedzających.

§ 59.

1. W trakcie odwiedzin opiekun pacjenta może wykonywać proste czynności pielęgnacyjne przy pacjencie, uprzednio uzgodnione z lekarzem lub pielęgniarką.
2. Pacjentów nie mogą odwiedzać i pielęgnować osoby z infekcją, nie zrównoważone psychicznie, nietrzeźwe, nieprzestrzegające zasad higieny.
3. Osoby odwiedzające nie mogą dokumentować w postaci cyfrowej zapisów aparatury medycznej.
4. Osoby odwiedzające nie mają prawa fotografować, filmować, nagrywać audio lub video innych pacjentów oraz personelu szpitala bez ich zgody.
5. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę odwiedzającą nie może naruszać praw pozostałych pacjentów do właściwego leczenia i spokoju.

§ 60.

1. Opiekunowie pacjentów mogą zgłaszać się po informacje o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie do kierownika kliniki lub lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych – do lekarza dyżurnego oddziału.
2. Opiekunowie pacjentów o własnych ważnych spostrzeżeniach dotyczących stanu dziecka powinni informować pielęgniarkę lub lekarza prowadzącego.
3. Osobom odwiedzającym nie wolno żądać od pracowników Instytutu usług osobistych, niezwiązanych z leczeniem pacjenta.

§ 61.

1. Osobom nieprzestrzegającym niniejszego Regulaminu, a w szczególności postanowień niniejszego rozdziału, personel medyczny ma prawo polecić opuszczenie oddziału.
2. W przypadku naruszania postanowień Regulaminu, personel ma prawo wezwać ochronę szpitala lub funkcjonariuszy policji.
3. Zasady odwiedzin, o których mowa w niniejszym rozdziale, są wywieszone na tablicach ogłoszeń na oddziałach Instytutu.

§ 62.

Szczegółowy tryb zgłaszania i rozpatrywania skarg i wniosków reguluje oddzielne zarządzenie dyrektora.

Rozdział XII- Obowiązki Instytutu w razie śmierci pacjenta

§ 63.

1. W Instytucie, w przypadku zgonu pacjenta na oddziale lub w Izbie Przyjęć, obowiązuje ustalony tryb postępowania, o którym mowa w niniejszym rozdziale.
2. Lekarz prowadzący pacjenta lub – w czasie dyżuru – lekarz dyżurny:
 - 1) stwierdza zgon pacjenta i ustala jego przyczynę,
 - 2) wpisuje do historii choroby oraz systemu szpitalnego datę i godzinę zgonu,
 - 3) wypisuje 2 egzemplarze (części) karty zgonu – dla celów statystycznych i dla celów pochowania zwłok,
 - 4) niezwłocznie zawiadamia o zgonie pacjenta jego przedstawicieli ustawowych.
3. Pielęgniarka dyżurna:
 - 1) odnotowuje datę i godzinę zgonu w karcie gorączkowej,
 - 2) układa prawidłowo zwłoki, zgodnie z ustalonym trybem postępowania,
 - 3) wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni.
4. Wzór karty skierowania zwłok do chłodni zostanie określony odrębną procedurą.
5. Pielęgniarka oddziałowa:
 - 1) sporządza protokolarnie spis pieniędzy, przedmiotów wartościowych i rzeczy zmarłego,
 - 2) przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu, a rzeczy do magazynu.
6. Przedmioty pozostałe po zmarłym, z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem opiekunom pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji zwłok bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu od sekcji.

§ 64.

1. Zgon i jego przyczynę stwierdza się w karcie zgonu, której treść i sposób wypełniania określają obowiązujące przepisy prawa.
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza.
3. Niemożność ustalenia przyczyny zgonu lub okoliczność, że do ustalenia przyczyny zgonu konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, nie może stanowić podstawy do odmowy wystawienia lub opóźnienia wystawienia karty zgonu.
4. Jeżeli lekarz stwierdzający zgon poweźmie pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowi zgłoszenia, powinien bezzwłocznie zawiadomić o tym państwowego inspektora sanitarnego.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz stwierdzający zgon powinien o tym bezzwłocznie zawiadomić prokuratora lub najbliższy posterunek policji.
6. Karta skierowania zwłok do chłodni, o której mowa w § 63 ust. 3 pkt. 3 i ust. 4 zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
7. Znak identyfikacyjny zawiera dane dotyczące zmarłego pacjenta: jego nazwisko i imię, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, numer identyfikacyjny nadany w Instytucie, datę i godzinę zgonu, nazwę oddziału, na którym zmarł pacjent.
8. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na znaku identyfikacyjnym dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 65.

1. Historię choroby pacjenta zmarłego na oddziale uzupełnia się o epikryzę.
2. W przypadku przenoszenia pacjenta w trakcie jego leczenia między oddziałami każdorazowo należy sporządzić epikryzę przeniesieniową, również w wersji elektronicznej.
3. Epikryzę sporządza się nie później niż w ciągu trzech dni roboczych od zgonu pacjenta.
4. Za sporządzenie epikryzy odpowiedzialny jest kierownik kliniki, w której zmarł pacjent.

5. W przypadku wątpliwości dotyczących zawartości epikryzy, kierownik kliniki, o której mowa w ust. 4, uzyskuje pomoc merytoryczną od kierowników klinik właściwych ze względu na zasadniczy problem zdrowotny zmarłego pacjenta.
6. W sprawach spornych rozstrzyga zastępca dyrektora ds. klinicznych.

§ 66.

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

§ 67.

1. Zwłoki pacjentów zmarłych w szpitalu mogą być poddane badaniom pośmiertnym w Zakładzie Patomorfologii.
2. O dokonaniu bądź zaniechaniu badania należy sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej.
3. Do zastępcy dyrektora ds. klinicznych składa się wniosek o dokonanie/zaniechanie wykonania badania pośmiertnego z odpowiednim uzasadnieniem i załącza ewentualne oświadczenie woli osoby zmarłej (jeżeli osoba ta za życia wyraziła sprzeciw) lub sprzeciw opiekuna zmarłego pacjenta.
4. Decyzję o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok podejmuje dyrektor lub działający z jego upoważnienia zastępca dyrektora ds. klinicznych albo inny upoważniony lekarz.
5. Zaniechanie wykonania sekcji wyłączają przypadki:
 - 1) określone w kodeksie postępowania karnego,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określone w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
6. Wykonanie badania pośmiertnego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8.
7. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia szczególnych okoliczności, np. epidemiologicznych, naukowych, zwłaszcza w przypadkach śmierci pnia mózgu (śmierci mózgowej).

8. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia potrzeby pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów. Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianego w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz w § 68 niniejszego Regulaminu.
9. W przypadku konieczności przeprowadzenia badania przed upływem 12 godzin niezbędne jest jedno-myślne stwierdzenie zgonu przez komisję, o której mowa w § 68 ust. 13.
10. Lekarz patomorfolog przeprowadzający badanie decyduje o zakresie badania pośmiertnego oraz ponosi odpowiedzialność za sporządzenie protokołu sekcyjnego.

§ 68.

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

§ 69.

1. Ewidencję zgonów prowadzi Sekcja Wsparcia Pracy Klinicznej oraz Pracownia Autopsji w Zakładzie Patomorfologii.
2. Upoważniony przez kierownika kliniki pracownik oddziału, na którym nastąpił zgon pacjenta, przekazuje do zastępcy dyrektora ds. klinicznych dokumentację obejmującą:

- 1) historię choroby (wraz z wpisem stwierdzającym zgon i epikryzą kliniczną),
 - 2) wniosek do zastępcy dyrektora ds. klinicznych o wykonanie bądź odstąpienie od badania pośmiertnego - wzór wniosku stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu,
 - 3) ewentualny sprzeciw dotyczący przeprowadzenia badania pośmiertnego – wzór sprzeciwu stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu,
 - 4) skierowanie na badanie pośmiertne (w przypadku jego wykonywania) – formularz zlecenia na badanie do Zakładu Patomorfologii,
 - 5) w przypadku zlecenia wykonania badania pośmiertnego, dokumentację zmarłego pacjenta odbiera z sekretariatu zastępcy dyrektora ds. klinicznych pracownik Sekcji Wsparcia Pracy Klinicznej i przekazuje do Zakładu Patomorfologii.
3. Po wykonaniu badania pośmiertnego, Zakład Patomorfologii ma max. 3 miesiące, z zastrzeżeniem ust. 4, na przekazanie dokumentacji zmarłego pacjenta na oddział, na którym nastąpił zgon.
 4. W przypadku konieczności przekazania materiału biologicznego w celu przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych poza Instytutem, termin przekazania dokumentacji może ulec wydłużeniu o czas konieczny do wykonania badania, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy.
 5. Opiekunowie zmarłego pacjenta otrzymują kartę zgonu, na podstawie której Urząd Stanu Cywilnego m.st. Warszawy (dowolna jednostka organizacyjna tego urzędu) wystawia akt zgonu.

§ 70.

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

§ 71.

1. Zwłoki wydaje pracownik (preparator) Zakładu Patomorfologii.
2. Wydawanie zwłok z Zakładu Patomorfologii odbywa się w godzinach od 8.00 do 15.00 od poniedziałku do piątku.
3. Wszelkich informacji w sprawie odbioru zwłok udziela wyłącznie pracownik (preparator) Pracowni Autopsji Zakładu Patomorfologii tel.: (22) 815 19 61, 601 36 26 80.
4. Podstawą wydania zwłok jest przedstawienie aktu zgonu przez opiekunów zmarłego pacjenta lub podmiot upoważniony notarialnie do odbioru i przewozu zwłok, z zastrzeżeniem ust. 12.
5. Wydanie zwłok odbywa się za pokwitowaniem ich odbioru w księgach Pracowni Autopsji, a pracownik wydający zwłoki odnotowuje dane osobowe i numer dowodu tożsamości osoby odbierającej zwłoki oraz tytuł uprawnienia do odbioru.
6. Odbioru zwłok mogą dokonać opiekunowie pacjenta lub podmiot upoważniony i wskazany przez opiekunów pacjenta do odbioru i transportu zwłok.
7. Przygotowaniem zwłok do przewozu zajmują się i przewozu dokonują wyspecjalizowane podmioty, specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami transportu.
8. Szczególnego trybu postępowania wymaga wydawanie zwłok w przypadkach:
 - 1) pacjenta zmarłego na chorobę zakaźną,
 - 2) uzasadnionego podejrzenia, iż przyczyną zgonu było przestępstwo.
9. Wykaz chorób zakaźnych, w przypadku których obowiązuje szczególny tryb postępowania za zwłokami i ich pochówkiem, określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia.
10. Stwierdzenie zgonu, przyczyną którego była choroba zakaźna, objęta wykazem, o którym mowa w ust. 9, powoduje konieczność wydania i pochówku zwłok w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.
11. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, iż przyczyną zgonu było przestępstwo, wydanie zwłok w celu ich pochówku następuje po uzyskaniu zezwolenia prokuratora.
12. W przypadku stwierdzenia zamiaru przewożenia zwłok środkiem innym niż wskazanym powyżej, zakazuje się wydawania zwłok.

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1 - Struktura Organizacyjna Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Załącznik nr 2 – określenie podległości poradni i oddziałów stanowiących samodzielne jednostki organizacyjne Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Załącznik nr 3 – zakres zadań jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy poszczególnych pionów działalności Instytutu ” Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Załącznik nr 4 - wzór wniosku do zastępcy dyrektora ds. klinicznych o wykonanie bądź odstąpienie od badania pośmiertnego

Załącznik nr 5 - sprzeciw dotyczący przeprowadzenia badania pośmiertnego

Załącznik nr 6 - karta odpłatnego leczenia pacjenta