

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

Załącznik do zarządzenia nr 10/2020
Dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc
z dnia 25.03.2020 r.



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

INSTYTUTU GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC

(tekst jednolity)

SPIS TREŚCI

Nr strony

Rozdział I

Podstawa prawna, przedmiot działalności oraz zadania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc 4

Rozdział II

Organizacja zarządzania Instytutem 5

Rozdział III

Struktura organizacyjna Instytutu 6

Rozdział IV

Zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora 10

Rozdział V

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych 15

Rozdział VI

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa 17

Rozdział VII

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych 28

Rozdział VIII

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji 31

Rozdział IX

Zakres działania i odpowiedzialności Głównego Księgowego 34

Rozdział X

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych 35

Rozdział XI

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych.	36
1. Postanowienia ogólne	36
2. Szpitalne świadczenia zdrowotne	39
3. Specjalistyczna opieka ambulatoryjna	43

Rozdział XII

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi	45
--	----

Rozdział XIII

Prawa i obowiązki pacjenta	45
----------------------------	----

Rozdział XIV

Postępowanie w razie śmierci pacjenta	47
---------------------------------------	----

Rozdział XV

Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej	49
--	----

Rozdział XVI

Opłaty za udzielanie świadczenia zdrowotnego	49
--	----

Rozdział XVII

Zasady współpracy i inne postanowienia Regulaminu	51
---	----

Spis załączników	52
-------------------------	----

Rozdział I
Podstawa prawna, przedmiot działalności oraz zadania
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

§ 1

1. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, zwany dalej „Instytutem”, działa na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10.03.1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Gruźlicy (Dz. U. Nr 15, poz. 122),
 - 2) ustawy z dnia 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r., poz. 736 z póź. zm.), zwanej dalej „ustawą”,
 - 3) ustawy z dnia 30.04.2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2018 poz. 87 z póź. zm.),
 - 4) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 z póź. zm.),
 - 5) Statutu, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia,
 - 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.
2. Niniejszy Regulamin Organizacyjny, zwany dalej „Regulaminem” określa strukturę organizacyjną Instytutu, a także szczegółowy zakres działania jego jednostek i komórek organizacyjnych oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych i zarządzania Instytutem.
3. Strukturę organizacyjną Instytutu ilustruje schemat organizacyjny stanowiący **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

§ 2

1. Instytut jest instytutem badawczym, z siedzibą w Warszawie, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa.
2. Nadzór nad działalnością Instytutu sprawuje Minister Zdrowia.
3. Instytut posiada osobowość prawną i podlega wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego oraz do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego.
4. Instytut posiada Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce - Zdrój, zwany dalej „Oddziałem”. Strukturę organizacyjną Oddziału, szczegółowy zakres działania jego jednostek i komórek organizacyjnych oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych i zarządzania określa Regulamin Organizacyjny Oddziału stanowiący **załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu.
5. Oddział prowadzi samodzielnie wewnętrzną gospodarkę finansową w oparciu o środki finansowe przekazane przez Dyrektora Instytutu, zwanego dalej „Dyrektorem” oraz środki finansowe pozyskane samodzielnie przez Oddział i sporządza z tej działalności sprawozdanie finansowe, stanowiące integralną część sprawozdania finansowego Instytutu.

§ 3

Przedmiotem działalności Instytutu jest prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych, działalności dydaktycznej w dziedzinie nauki o gruźlicy i chorobach płuc u dorosłych i dzieci, na potrzeby systemu ochrony zdrowia, upowszechnianie wyników tych prac oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc.

Rozdział II

Organizacja zarządzania Instytutem

§ 4

1. Organami Instytutu są:
 - 1) Dyrektor,
 - 2) Rada Naukowa.
2. Dyrektora powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
3. Dyrektor kieruje całokształtem działalności Instytutu, a w szczególności:
 - 1) ustala plany działalności,
 - 2) realizuje politykę kadrową,
 - 3) reprezentuje Instytut,
 - 4) zarządza mieniem i odpowiada za wykorzystanie mienia Instytutu na realizację jego zadań statutowych, zgodnie z zasadami legalności, rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności,
 - 4a) odpowiada za realizację zadań obronnych przez Instytut,
 - 5) odpowiada za wyniki działalności naukowej i badawczo-rozwojowej, leczniczej i ekonomicznej Instytutu,
 - 6) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem spraw należących do zakresu działania Rady Naukowej.
4. Dyrektor zarządza Instytutem przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych,
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji,
 - 5) Zastępcy Dyrektora - Dyrektora Oddziału,
 - 6) Głównego Księgowego,
 - 7) Kierowników jednostek i komórek organizacyjnych.
6. Zastępców Dyrektora powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
7. Pracowników Instytutu zatrudnia i zwalnia Dyrektor, z tym że kierowników klinik, oddziałów,

- zakładów i samodzielnych pracowni zatrudnia Dyrektor po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.
8. Pracowników naukowych Instytutu zatrudnia Dyrektor po przeprowadzeniu konkursu.
 9. Pracowników Oddziału zatrudnia Dyrektor Oddziału.
 10. Obowiązki Dyrektora podczas jego nieobecności, wykonuje wyznaczony przez niego Zastępca.
 11. Zastępcy Dyrektora, Główny Księgowy oraz kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych kierują działalnością podporządkowanych im jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie określonym w niniejszym Regulaminie.
 12. Organami doradczymi Dyrektora w zakresie bieżącej działalności mogą być kolegia w liczbie nie większej niż 4 i inne organy opiniotwórczo-doradcze w liczbie nie większej niż 4. Zadania, strukturę i skład tych organów określa regulamin ustalony przez Dyrektora.

§ 5

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

§ 6

1. Dyrektor powołuje w Instytucie:
 - 1) stałe komisje, komitety i zespoły do prowadzenia lub opiniowania określonych zagadnień, składające się z pracowników Instytutu,
 - 2) komisje i komitety doraźne lub zespoły robocze do opracowania określonych zagadnień; powoływane są na określony czas, bądź na czas wykonania wyznaczonego zadania.
2. Członkowie komisji, komitetów i zespołów wykonują swoje zadania w godzinach pracy, a za wykonywaną pracę nie przysługuje im osobne wynagrodzenie, o ile w zarządzeniu o powołaniu nie jest określone, że przydzielone zadanie należy wykonać poza godzinami pracy za ustalonym wynagrodzeniem.

Rozdział III

Struktura organizacyjna Instytutu

§ 7

1. Jednostki i komórki organizacyjne Instytutu są tworzone i likwidowane przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej i zakładowych organizacji związkowych.
2. Strukturę organizacyjną Instytutu tworzą następujące jednostki i komórki organizacyjne:
 - 1) jednostki i komórki działalności naukowej i usługowo-badawczej: kliniki, samodzielne oddziały, zakłady, samodzielne pracownie, przychodnie specjalistyczne i poradnie oraz inne wymienione w niniejszym Regulaminie,

- 2) jednostki i komórki działalności administracyjnej, technicznej, obsługi: działy, sekcje, samodzielne stanowiska pracy,
 - 3) Oddział w Rabce –Zdrój.
3. Jednostka organizacyjna dzieli się na komórki organizacyjne.

§ 8

1. Klinika, oddział, przychodnia specjalistyczna są podstawowymi jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Instytutu, utworzonymi i wyposażonymi w niezbędne środki osobowe i techniczne dla prowadzenia prac naukowo-badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Kliniką, oddziałem, przychodnią specjalistyczną kieruje kierownik odpowiadający za realizację powierzonych zadań, zatrudniony przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej, podlegający Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych w zależności od zakresu wykonywanych zadań.
3. W klinice mogą być tworzone oddziały, jako komórki organizacyjne realizujące część zadań kliniki. Liczbę łóżek w klinice/oddziale Instytutu określa zarządzenie Dyrektora.
4. W przychodni specjalistycznej mogą być tworzone poradnie, jako komórki organizacyjne realizujące część zadań przychodni.
5. Kliniki i oddziały prowadzą kształcenie przed- i podyplomowe w zakresie swojej działalności.
6. Kierownicy klinik, oddziałów i przychodni specjalistycznej kierują całokształtem działalności jednostki lub komórki organizacyjnej, a w szczególności realizują następujące zadania:
 - 1) kierują działalnością kliniki, oddziału, przychodni w zakresie naukowym, medycznym, administracyjnym,
 - 2) nadzorują pracę podległego personelu, pod względem fachowym, etycznym oraz czuwają nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych i pogłębianiem wiedzy,
 - 3) ustalają zasady organizacji pracy podległego personelu i nadzorują dyscyplinę pracy,
 - 4) nadzorują przestrzeganie praw pacjenta,
 - 5) inicjują, prowadzą lub nadzorują prace naukowo-badawcze, a także publikację i wdrożenie ich wyników,
 - 6) uczestniczą w zespołowych formach współpracy naukowej i leczniczej,
 - 7) wykonują inne zadania i prace powierzone przez Dyrektora.
7. Kierownik oddziału, kierownik poradni jest zatrudniany przez Dyrektora na wniosek kierownika właściwej kliniki, przychodni specjalistycznej.
8. W klinice, przychodni specjalistycznej, oddziale zatrudnieni są:
 - 1) pracownicy naukowci,
 - 2) pracownicy badawczo-techniczni,

- 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni,
- 4) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
- 5) pracownicy wykonujący zawody medyczne,
- 6) pracownicy obsługi i inni.

§ 9

1. Zakłady i samodzielne pracownie są podstawowymi jednostkami lub komórkami organizacyjnymi działalności naukowo - badawczej utworzonymi i wyposażonymi w środki techniczne niezbędne do prowadzenia wyodrębnionej działalności naukowo-badawczej w dziedzinie chorób narządów klatki piersiowej i gruźlicy. Uczestniczą one także w działalności leczniczej oraz usługowo-badawczej prowadzonej przez Instytut.
2. Zakładem, samodzielną pracownią kieruje kierownik odpowiadający za realizację powierzonych zadań, zatrudniony przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej, podlegający Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, zależnie od zakresu wykonywanych zadań.
3. W zakładzie mogą być tworzone pracownie jako komórki organizacyjne realizujące część zadań wykonywanych przez zakład.
4. Pracownią w zakładzie kieruje kierownik zatrudniony przez Dyrektora na wniosek kierownika zakładu. W przypadku nie zatrudnienia kierownika pracowni za jej funkcjonowanie odpowiada kierownik zakładu.
5. Kierownicy zakładów, samodzielnych pracowni kierują całokształtem działalności zakładu, samodzielnej pracowni, a w szczególności:
 - 1) opracowują projekty planów prac naukowo-badawczych zakładu, samodzielnej pracowni,
 - 2) kierują pracami związanymi z realizowaniem tematów naukowo-badawczych w zakładzie, samodzielnej pracowni, udzielają konsultacji merytorycznych i metodycznych referentom tematów oraz bieżąco współpracują i kontrolują przebieg realizacji tematów (zadań),
 - 3) opracowują sprawozdania z wykonania prac naukowo-badawczych zakładu, samodzielnej pracowni,
 - 4) inicjują wykorzystanie wyników prac naukowo-badawczych,
 - 5) nawiązują współpracę naukową i usługową z innymi placówkami naukowymi i medycznymi,
 - 6) prowadzą prace naukowo-badawcze i uczestniczą w pracach zespołowych grup problemowych,
 - 7) organizują seminaria i dyskusje na wybrane tematy związane z problematyką badawczą,
 - 8) wykonują inne funkcje i czynności powierzone im przez Dyrektora.
6. W zakładzie, samodzielnej pracowni mogą być zatrudnieni:

- 1) pracownicy naukowi,
- 2) pracownicy badawczo-techniczni,
- 3) pracownicy inżynieryjno-techniczni,
- 4) pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
- 5) pracownicy wykonujący zawody medyczne,
- 6) pracownicy obsługi i inni.

§ 10

1. Działy, sekcje, samodzielne stanowiska pracy tworzy się dla wyodrębnionej działalności.
2. Działem kieruje kierownik zatrudniony przez Dyrektora na wniosek właściwego Zastępcy Dyrektora, podlegający bezpośrednio Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora.
3. Sekcją w dziale kieruje kierownik zatrudniony przez Dyrektora na wniosek kierownika działu.
4. W Instytucie, stosownie do potrzeb, mogą być tworzone samodzielne stanowiska pracy podporządkowane bezpośrednio Dyrektorowi, jego Zastępcom lub Głównemu Księgowemu.

§ 11

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

oraz oszczędnością przy wykonywanych zadaniach.

Rozdział IV

Zakres działania i odpowiedzialności Dyrektora

§ 12

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

- 1) Radcą Prawnym,
- 2) Działem Spraw Pracowniczych i Płac,
- 3) Zakładem Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą,
- 4) Inspektorem Ochrony Radiologicznej,
- 5) Inspektorem Ochrony Danych,
- 6) Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych.

§ 13

1. Radca Prawny:

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

2. Dział Spraw Pracowniczych i Płac:

- 1) prowadzi sprawy osobowe pracowników Instytutu,
- 2) opracowuje regulamin pracy, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz zasady wynagradzania pracowników,
- 3) wykonuje czynności związane z przyjmowaniem, zwalnianiem pracowników, a także udzielaniem urlopów, sprawami awansów, przeszeręgowań, nagradzania oraz stosowania kar porządkowych za naruszenie obowiązków pracowniczych,
- 4) wykonuje nadzór i kontrolę nad przestrzeganiem przepisów prawa pracy i dyscypliny pracy,
- 5) prowadzi akta osobowe pracowników, kartoteki i ewidencje,
- 6) nadzoruje program oceny pracy pracowników oraz przeprowadza badanie satysfakcji pracowników,
- 7) opracowuje sprawozdania dotyczące zatrudnienia,
- 8) prowadzi sprawy związane z zakładowym funduszem świadczeń socjalnych,

- 9) wykonuje czynności administracyjne związane z rentami i emeryturami pracowników,
- 10) prowadzi sprawy wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu społecznym i zdrowotnym oraz na bieżąco przesyła informacje do ZUS-u,
- 11) kompletuje i sprawdza pod względem formalnym dokumentację źródłową dotyczącą wynagrodzeń pracowników oraz ją przechowuje,
- 12) oblicza i ewidencjonuje wynagrodzenia, zasiłki chorobowe, rodzinne, wychowawcze i inne należności pracowników zgodnie z przepisami ZUS,
- 13) dokonuje potrąceń wynagrodzeń pracowników zgodnie z listami potrąceń i nakazami płatniczymi,
- 14) dokonuje rozliczeń z ZUS i Urzędem Skarbowym,
- 15) sporządza sprawozdania z wykorzystania funduszu wynagrodzeń.

3. Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą:

- 1) prowadzi działalność naukowo-badawczą w dziedzinie epidemiologii gruźlicy i chorób płuc,
- 2) realizuje zadania Instytutu jako krajowej specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy,
- 3) prowadzi Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę,
- 4) realizuje zadania Instytutu dotyczące współpracy z organizacjami międzynarodowymi – Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i Europejskim Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób Unii Europejskiej (ECDC) w zakresie monitorowania gruźlicy i programu jej zwalczania,
- 5) współpracuje z placówkami medycznymi krajów Unii Europejskiej w zakresie zapewnienia ciągłości opieki nad obywatelami polskimi chorymi na gruźlicę, którzy rozpoczęli leczenie poza granicami Polski,
- 6) udziela konsultacji, w zakresie rozpoznawania i leczenia gruźlicy oraz metodologii badania osób ze styczności z chorymi na gruźlicę, zainteresowanym lekarzom oraz Stacjom Sanitarno-Epidemiologicznym,
- 7) współpracuje w zakresie wykonywanych zadań z właściwymi departamentami Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego, także z Zakładem Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w formie i zakresie uzgodnionym z Dyrektorem,
- 8) współpracuje ze specjalistycznymi przychodniami chorób płuc, Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi, konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie chorób płuc oraz organami administracji rządowej – w zakresie oceny sytuacji epidemiologicznej gruźlicy i realizacji programu zwalczania gruźlicy,
- 9) współpracuje z laboratoriami mikrobiologicznymi w zakresie zbierania i analizy wyników

badan mikrobiologicznych i testów lekowrażliwości prątków i weryfikacji nadsyłanych danych o przypadkach zachorowań na gruźlicę,

- 10) sporządza kwartalne i roczne zestawienia zachorowań na gruźlicę i wyników leczenia oraz inne zestawienia statystyczne wynikające z realizowanych zadań badawczych w ramach nadzoru nad gruźlicą w skali kraju i poszczególnych województw,
- 11) propaguje wiedzę na temat gruźlicy i jej zwalczania.

4. Inspektor Ochrony Radiologicznej:

Sprawuje wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej przez Instytut. Zakres obowiązków i uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej określa art. 7² ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe.

5. Inspektor Ochrony Danych:

- 1) prowadzi z upoważnienia Administratora Danych Osobowych rejestr osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
- 2) nadaje z upoważnienia Administratora Danych Osobowych upoważnienia do przetwarzania danych osobowych,
- 3) opracowuje i aktualizuje dokumentację przetwarzania danych osobowych (polityka bezpieczeństwa i instrukcja zarządzania systemem informatycznym),
- 4) sprawuje nadzór nad wdrożeniem dokumentacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych,
- 5) weryfikuje procedury przetwarzania danych i ich tworzenie,
- 6) sprawdza formularze służące do zbierania danych osobowych pod kątem ich zgodności z przepisami o ochronie danych osobowych,
- 7) okresowo przeprowadza audyt przetwarzania danych osobowych i przedstawia stosowne wnioski,
- 8) weryfikuje system informatyczny pod kątem wymagań przepisów o ochronie danych osobowych i zgłasza Dyrektorowi Instytutu stosowne wnioski w tym zakresie,
- 9) sprawuje nadzór nad bezpieczeństwem fizycznym zabezpieczenia pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe,
- 10) sprawuje nadzór nad prawidłowym przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji zawierającej dane osobowe,
- 11) reaguje na sytuacje naruszenia bezpieczeństwa danych i raportuje to do Dyrektora Instytutu,
- 12) kontroluje zawartość strony internetowej pod kątem ewentualnego zbierania danych osobowych,
- 13) prowadzi szkolenia dla pracowników,

- 14) informuje Administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy niniejszego rozporządzenia oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradza im w tej sprawie,
 - 15) współpracuje z organem nadzorczym.
6. Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych:
- 1) zapewnienia ochronę informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
 - 2) zapewnienia ochronę systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
 - 3) zarządza ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacuje ryzyko,
 - 4) kontroluje ochronę informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności prowadzi okresowe kontrole ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
 - 5) opracowuje i aktualizuje, wymagające akceptacji Dyrektora Instytutu, plany ochrony informacji niejawnych w Instytucie, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzoruje jego realizację,
 - 6) prowadzi szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych,
 - 7) prowadzi zwykle postępowania sprawdzające oraz kontrolne postępowania sprawdzające,
 - 8) prowadzi aktualny wykaz osób zatrudnionych lub pełniących służbę w Instytucie albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto,
 - 9) przekazuje odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o których mowa w art. 73 ust. 1 ustawy o ochronie informacji niejawnych, danych, o których mowa w art. 73 ust. 2, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu, o którym mowa w pkt. 8.

Rozdział V

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

§ 14

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

§ 15

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych podlegają:

- 1) Dział Planowania Naukowego,
- 2) Biblioteka Naukowa.

§ 16

1. Dział Planowania Naukowego:
 - 1) przygotowuje projekt Planu Działalności Statutowej Instytutu,

- 2) przygotowuje wnioski o przyznanie dotacji na utrzymanie potencjału badawczego oraz na badania naukowe lub prace rozwojowe oraz zadania z nim związane, służące rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich oraz raport z wykorzystania środków finansowych przyznawanych w ramach dotacji na działalność statutową,
- 3) przygotowuje projekt corocznego sprawozdania z działalności Instytutu na podstawie sprawozdań indywidualnych pracowników naukowych Instytutu, sprawozdania z wykonania Planu Naukowego oraz sprawozdań dostarczonych przez poszczególne jednostki i komórki organizacyjne,
- 4) prowadzi ewidencję i dokumentację dorobku naukowego pracowników Instytutu,
- 5) opracowuje dla Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych projekt corocznej oceny działalności naukowej pracowników naukowych Instytutu,
- 6) prowadzi sprawozdawczość naukową dla Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Głównego Urzędu Statystycznego, Ośrodka Przetwarzania Informacji, Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów,
- 7) przygotowuje konkurs na stanowisko Dyrektora,
- 8) poszukuje możliwości finansowania projektów badawczych, stypendiów, grantów z Funduszy Europejskich i innych źródeł, informuje o nich pracowników Instytutu, uczestniczy w tworzeniu wniosków aplikacyjnych, zapewnia obsługę administracyjną prowadzonych projektów,
- 9) zapewnia obsługę administracyjną Rady Naukowej Instytutu oraz organizację jej posiedzeń,
- 10) zapewnia obsługę administracyjną studiów doktoranckich organizowanych w Instytucie,
- 11) prowadzi dokumentację związaną z przewodami doktorskimi, postępowaniami habilitacyjnymi i o nadanie tytułu profesora,
- 12) przygotowuje konkurs Dyrektora na najlepszą oryginalną pracę naukową realizowaną w ramach działalności statutowej Instytutu i innych konkursów związanych z działalnością naukową pracowników Instytutu,
- 13) przygotowuje dokumentację dotyczącą odpisów podatkowych przysługujących pracownikom z tytułu wykonywania prac autorskich,
- 14) przygotowuje ofertę na usługę edukacyjną polegającą na realizacji kursów specjalizacyjnych dla lekarzy uczestniczących w procesie kształcenia specjalizacyjnego w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu,
- 15) zapewnia obsługę posiedzeń naukowych i konsultacji pulmonologicznych,

- 16) zapewnienia obsługi służbowych wyjazdów zagranicznych pracowników Instytutu,
- 17) przygotowuje konkursy na stanowisko pracownika naukowego organizowane w Instytucie.

2. Biblioteka Naukowa:

- 1) gromadzi, opracowuje i udostępnia zbiory (książki, czasopisma i materiały elektroniczne),
- 2) śledzi rynek wydawniczy,
- 3) zamawia i zakupuje wydawnictwa zwarte, ciągłe i materiały elektroniczne,
- 4) opracowuje zgromadzone materiały (akcesja, inwentarz, klasyfikacja tematyczna, katalog alfabetyczny i przedmiotowy),
- 5) udostępnia czytelnikom materiały będące w posiadaniu Biblioteki na miejscu, wypożyczając lub przekazując drogą elektroniczną – wykorzystując bazy bibliograficzne i pełnotekstowe,
- 6) informuje czytelników o możliwościach posługiwania się bazami bibliograficznymi i pełnotekstowymi oraz zapewnia pomoc w kompletowaniu literatury dotyczącej poszczególnych tematów.

Rozdział VI

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

§ 17

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa kieruje pionem lecznictwa i całokształtem spraw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i jest za nie odpowiedzialny.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad organizacją i przebiegiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) nadzór nad gospodarką produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
 - 3) nadzór nad żywieniem pacjentów,
 - 4) nadzór nad całokształtem działalności związanej ze stosowaniem krwi w celach leczniczych,
 - 5) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej, sprawozdawczości i archiwizacji dokumentacji medycznej,
 - 6) nadzór nad ruchem pacjentów,
 - 7) nadzór nad wydawaniem recept i zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy,
 - 8) nadzór nad zapewnieniem dyżurów lekarskich,
 - 9) nadzór nad sprawami związanymi z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych,
 - 10) nadzór nad odbywaniem specjalizacji i staży w jednostkach i komórkach organizacyjnych Instytutu,
 - 11) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Instytucie,

- 12) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i innymi podmiotami w zakresie nadzorowanego pionu,
 - 13) współpraca z pozostałymi Zastępcami Dyrektora oraz kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie nadzorowanych spraw.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa nadzoruje wszystkie jednostki i komórki organizacyjne Instytutu w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz podległe mu bezpośrednio.

§ 18

Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają:

- 1) Izba Przyjęć,
- 2) I Klinika Chorób Płuc,
- 3) II Klinika Chorób Płuc,
- 4) III Klinika Chorób Płuc i Onkologii,
- 5) Oddział XI Chorób Płuc,
- 6) Klinika Chirurgii,
- 7) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 8) Zakład Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziorowskiego,
- 9) Zakład Mikrobiologii,
- 10) Zakład Patomorfologii,
- 11) Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin,
- 12) Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej,
- 13) Samodzielna Pracownia Rehabilitacji,
- 14) Apteka,
- 15) Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- 16) Centralna Sterylizacja,
- 17) Przychodnia Przykliniczna,
- 18) Dział ds. Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych,
- 19) Kapelan.

§ 19

1. Izba Przyjęć:

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

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

2. I Klinika Chorób Płuc:

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

3. II Klinika Chorób Płuc:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej, klinicznej oraz szkolenia przed i podyplomowego,
- 2) prowadzi działalność naukowo-badawczą i kliniczną w zakresie chorób płuc, ze szczególnym uwzględnieniem chorób obturacyjnych układu oddechowego, w tym POChP, astmy, leczenia przewlekłej niewydolności oddychania, zaburzeń oddychania w czasie snu, chorób śródmiąższowych płuc, a w szczególności sarkoidozy, nowotworów płuc,

domowego leczenia tlenem, nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej oraz rehabilitacji i patofizjologii oddychania (pletyzmografia, próby wysiłkowe),

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

4. III Klinika Chorób Płuc i Onkologii:

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

5. Oddział XI Chorób Płuc:

- 1) realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej, klinicznej oraz szkolenia przed i podyplomowego,

- 2) udziela konsultacji innym podmiotom leczniczym,
- 3) prowadzi leczenie pacjentów kierowanych, z powodu trudności diagnostycznych i terapeutycznych, przez inne podmioty lecznicze z całego kraju,
- 4) bierze udział w przygotowaniu egzaminu specjalizacyjnego z zakresu chorób płuc,
- 5) prowadzi szkolenia indywidualne i kursy przeznaczone dla osób specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych i w dziedzinie chorób płuc.

6. Klinika Chirurgii:

- 1) prowadzi badania naukowe w zakresie chirurgicznego leczenia chorób klatki piersiowej, w tym chorób układu oddechowego, śródpiersia, przelyku, przepony i ściany klatki piersiowej, współpracuje w tym zakresie ze wszystkimi klinikami/oddziałami i zakładami Instytutu i prowadzi w tym zakresie specjalizacje, nawiązuje kontakty naukowe z placówkami krajowymi i zagranicznymi, bierze udział w krajowych i międzynarodowych programach naukowych,
- 2) prowadzi działalność usługową w zakresie leczenia chirurgicznego i diagnostyki inwazyjnej chorych z chorobami narządów klatki piersiowej oraz następstw urazów klatki piersiowej,
- 3) prowadzi leczenie pacjentów kierowanych, z powodu trudności diagnostycznych i terapeutycznych, przez inne podmioty lecznicze z całego kraju,
- 4) prowadzi konsultacje torakochirurgiczne na terenie Instytutu i poza nim mające na celu kwalifikację pacjentów do leczenia chirurgicznego i kontrolę wyników leczenia,
- 5) merytorycznie nadzoruje konsultacje i leczenie poszpitalne w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej i współuczestniczy w leczeniu chorych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 6) w skład Kliniki Chirurgii wchodzi:
 - a) Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej,
 - b) Blok Operacyjny,
 - c) Pracownia Endoskopii.

7. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie wyodrębniono profile:

1) Anestezjologia:

- a) planuje i realizuje zadania w zakresie anestezjologii oraz prowadzi działalność naukowo-badawczą i kliniczną,
- b) kwalifikuje chorych do znieczuleń, udziela konsultacji w zakresie swojej specjalności,
- c) znieczula chorych do operacji,
- d) znieczula chorych do zabiegów endoskopowych,

- e) monitoruje stan pacjentów po zabiegach w sedacji lub znieczuleniu ogólnym na sali wybudzeń.

2) Intensywna terapia:

- a) planuje i realizuje zadania w zakresie intensywnej terapii oraz prowadzi działalność naukowo-badawczą i kliniczną,
- b) wykonuje zadania związane z prowadzeniem chorych w stanach zagrożenia życia w Oddziale,
- c) udziela pomocy w stanach zagrożenia życia na terenie Instytutu,
- d) kwalifikuje chorych do leczenia niewydolności oddechowej za pomocą nieinwazyjnej i inwazyjnej wentylacji,
- e) leczy ostry i przewlekły ból chorych,
- f) prowadzi żywienie pozajelitowe i dojelitowe.

8. Zakład Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziorowskiego:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej oraz szkolenia przed i podyplomowego,
- 2) prowadzi badania czynności układu oddechowego,
- 3) doradza w organizacji pracowni badań czynności oddychania w innych podmiotach leczniczych,
- 4) prowadzi prace naukowe w zakresie patofizjologii oddychania,
- 5) w skład Zakładu Fizjopatologii Oddychania im. prof. Antoniego Koziorowskiego wchodzi:
 - f) Pracownia Spirometrii,
 - g) Pracownia Mechaniki Oddychania.

9. Zakład Mikrobiologii:

- 1) planuje, organizuje i prowadzi badania naukowe i prace badawczo - rozwojowe w zakresie chorób infekcyjnych płuc, gruźlicy płuc, gruźlicy pozapłucnej i mykobakterioz, diagnostyki mikologicznej, mikrobiologii ogólnej oraz wdraża ich wyniki do praktyki szpitalnej,
- 2) prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej chorób płuc, jak: szkolenia podyplomowe, szkolenie indywidualne i szkolenie specjalizacyjne,
- 3) sprawuje nadzór specjalistyczny nad działalnością diagnostyczną terenowych laboratoriów mikrobiologicznych diagnostyki zakażeń prątkami gruźlicy i niegruźliczymi,
- 4) wykonuje diagnostyczne badania serologiczne i mikologiczne oraz oznaczenia wrażliwości wyhodowanych grzybów na leki przeciwgrzybicze, dla pacjentów Instytutu oraz innych podmiotów leczniczych,
- 5) wykonuje badania z zakresu mikrobiologicznej diagnostyki gruźlicy i mykobakterioz,

oznaczanie lekooporności na leki przeciwpłatkowe oraz badania genetyczne – wykrywanie DNA i RNA prątków, molekularne dochodzenia epidemiologiczne, biodostępność leków przeciwpłatkowych, badanie aktywności preparatów dezynfekcyjnych, badania aktywności nowych leków przeciwpłatkowych, wykrywanie latentnego zakażenia prątkiem gruźlicy,

- 6) wykonuje badania z zakresu bakteriologii ogólnej oraz mikrobiologicznej kontroli środowiska szpitalnego,
- 7) wykonuje posiewy dostarczonych materiałów, identyfikację wyhodowanych grzybów, oznaczanie ich wrażliwości na leki przeciwgrzybicze,
- 8) prowadzi szkolenie osób wykonujących zawody medyczne w zakresie mikrobiologicznej diagnostyki gruźlicy,
- 9) bierze udział w programach badawczych,
- 10) planuje, organizuje i prowadzi prace licencjackie, inżynierskie i magisterskie,
- 11) w skład Zakładu Mikrobiologii wchodzi:
 - a) Pracownia Diagnostyki Gruźlicy i Mykobakterioz,
 - b) Pracownia Bakteriologii Ogólnej,
 - c) Pracownia Monitorowania Chemioterapii Gruźlicy,
 - d) Pracownia Mikologii.

10. Zakład Patomorfologii:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej i szkolenia podyplomowego,
- 2) zajmuje się oceną mikroskopową przyżyciowo pobranego od pacjentów materiału tkankowego i cytologicznego,
- 3) konsultuje trudne przypadki, zwłaszcza z zakresu patologii nowotworów układu oddechowego i chorób śródmiąższowych płuc,
- 4) wykonuje biopsje cienkoigłowe narządowe pod kontrolą USG,
- 5) przygotowuje materiał histologiczny i cytologiczny do oceny mutacji EGFR, wykonywanej w Zakładzie Genetyki i Immunologii Klinicznej,
- 6) zajmuje się oceną zaburzeń układu odpornościowego i oceną populacji komórek w materiale BAL metodą cytometrii przepływowej,
- 7) w skład Zakładu Patomorfologii wchodzi:
 - a) Pracownia Biopsyjna z Biorepozytorium,
 - b) Pracownia Cytologiczna,
 - c) Pracownia Immunohistochemiczna,
 - d) Pracownia Cytometrii Przepływowej,

e) Prosektorium.

11. Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin:

- 1) planuje i realizuje zadania Instytutu dotyczące działalności naukowo-badawczej, usługowej oraz kształcenia przed- i podyplomowego,
- 2) prowadzi działalność naukowo – badawczą w zakresie diagnostyki obrazowej chorób klatki piersiowej ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki raka płuc, chorób śródmiąższowych płuc, zatorowości płucnej i nadciśnienia płucnego,
- 3) udziela konsultacji specjalistycznych,
- 4) w skład Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej im. dr Marii Werkenthin wchodzi:
 - a) Pracownia Rentgenodiagnostyki,
 - b) Pracownia Ultrasonografii,
 - c) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - d) Pracownia Rezonansu Magnetycznego.

12. Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej:

- 1) stosuje metody analizy molekularnej w praktyce klinicznej, w tym we wczesnej diagnostyce raka płuca (w płynach ustrojowych i materiale biopsyjnym), w monitorowaniu leczenia i określaniu markerów o znaczeniu predykcyjnym w tej jednostce chorobowej (wstępna ocena lekowrażliwości),
- 2) realizuje program kompleksowej diagnostyki wrodzonego niedoboru alfa-1-antytrypsyny (feno- i genotypowanie), prowadzi Krajowy Rejestr chorych z wrodzonym niedoborem Alfa-1 Antytrypsyny,
- 3) prowadzi immunodiagnostykę chorób układu oddechowego w tym śródmiąższowych chorób płuc, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, chorób alergicznych oraz zakażeń wirusowych,
- 4) realizuje projekty badawcze ukierunkowane na identyfikację i charakterystykę kolejnych markerów aktywności patologicznych procesów zachodzących w obrębie płuc w przebiegu szeroko rozumianych chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem raka płuc, badań nad problemami związanymi z patogenezą chorób układu oddechowego oraz prac z zakresu immunofarmakologii,
- 5) W skład Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej wchodzi:
 - a) Pracownia Genetyki Klinicznej,
 - b) Pracownia Immunologii Klinicznej,
 - c) Pracownia Badań Molekularnych z Biorepozytorium.

13. Samodzielna Pracownia Rehabilitacji:

- 1) rehabilituje pacjentów po zabiegach torakochirurgicznych oraz z częściową lub całkowitą

niewydolnością oddychania, leczonych respiratorem,

- 2) wykonuje testy wysiłkowe u pacjentów klinik/oddziałów i Przychodni Przyklinicznej,
- 3) prowadzi kinezyterapię, w tym ćwiczenia bierne, czynno bierne i wspomagające, specjalne i ogólnie wspomagające u chorych leczonych w klinikach/oddziałach,
- 4) wykonuje toaletę drzewa oskrzelowego w chorobach obturacyjnych płuc.

14. Apteka:

- 1) opracowuje plan zaopatrzenia wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 2) wykonuje czynności związane z zakupem artykułów wymienionych w pkt.1, a w szczególności przygotowuje zamówienia, dokonuje odbioru ilościowego i jakościowego,
- 3) prowadzi w Aptece gospodarkę produktami wymienionymi w pkt. 1,
- 4) zaopatruje wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu w produkty lecznicze i wyroby medyczne, środki dezynfekcyjne do skóry i błon śluzowych oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 5) przygotowuje leki recepturowe i apteczne,
- 6) sprawuje nadzór nad jakością i tożsamością produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 7) udziela informacji o cenach i działaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 8) przyjmuje, realizuje i archiwizuje imienne wnioski dotyczące produktów leczniczych nie dopuszczonych do obrotu (import docelowy) oraz zakupionych poza umowami przetargowymi,
- 9) bierze udział w monitorowaniu działań niepożądanych produktów leczniczych,
- 10) bierze udział w racjonalnej farmakoterapii,
- 11) współuczestniczy w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 12) opracowuje procedury postępowania z produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia medycznego,
- 13) prowadzi nadzór nad zużyciem antybiotyków we współpracy z Komitetem Terapeutycznym,
- 14) bierze udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Instytutu,
- 15) prowadzi kontrolę apteczek oddziałowych odnośnie zapasów i właściwego przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych

specjalnego przeznaczenia medycznego,

- 16) monitoruje decyzje GIF i WIF odnośnie wycofania i wstrzymania dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych oraz komunikaty dotyczące wyrobów medycznych.

15. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych:

- 1) opracowuje i nadzoruje wdrażanie procedur zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i chorób zakaźnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, dotyczących w szczególności:
 - a) zagadnień higieny szpitalnej - dekontaminacji powierzchni, sprzętów, narzędzi, prawidłowego postępowania z bielizną szpitalną i odpadami medycznymi,
 - b) profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń u hospitalizowanych pacjentów i personelu medycznego,
- 2) monitoruje i analizuje zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń wywołanych przez patogeny alarmowe,
- 3) konsultuje pacjentów z zakażeniem lub podejrzanych o wystąpienie zakażenia,
- 4) identyfikuje i analizuje czynniki ryzyka zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 5) analizuje wyniki badań mikrobiologicznych oraz prowadzi ocenę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej,
- 6) inicjuje i koordynuje działania w ramach wygaszania ogniska epidemicznego,
- 7) współpracuje z Komitetem Terapeutycznym w zakresie wytycznych stosowania antybiotyków w szpitalu Instytutu,
- 8) współpracuje ze specjalistą ds. BHP w zakresie stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia ekspozycji na czynniki biologiczne w środowisku pracy i zminimalizowania ryzyka ich przeniesienia na inne osoby,
- 9) współpracuje z lekarzem medycyny pracy w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego pracowników Instytutu,
- 10) planuje i realizuje szkolenia dla pracowników z zakresu kontroli zakażeń oraz zapewnia pomoc w dostępie do aktualnych źródeł wiedzy profesjonalnej dotyczącej zakażeń,
- 11) opiniuje wnioski i zmiany w infrastrukturze Instytutu (remonty i modernizacje budynków, zakup wyposażenia, preparatów dezynfekcyjnych i czystościowych, wyrobów medycznych i produktów leczniczych stosowanych w Instytucie) w aspekcie ich wpływu na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu,
- 12) współpracuje z towarzystwami naukowymi i organizacjami referencyjnymi dla zagadnień kontroli zakażeń związanych ze świadczeniem usług medycznych.

16. Centralna Sterylizacja:

- 1) zapewnia mycie, czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu, aparatury, narzędzi, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i innych materiałów tego wymagających, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

17. Przychodnia Przykliniczna:

- 1) udziela konsultacji specjalistycznych pulmonologicznych, onkologicznych i torakochirurgicznych pacjentom kierowanym przez inne podmioty lecznicze,
- 2) kwalifikuje pacjentów do leczenia w klinikach/oddziałach Instytutu,
- 3) udziela świadczeń specjalistycznych pacjentom wypisanym ze szpitala Instytutu i wymagających dalszej opieki specjalistycznej,
- 4) prowadzi badania naukowe we współpracy z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Instytutu,
- 5) prowadzi staże podyplomowe dla lekarzy specjalizujących się w chorobach płuc,
- 6) współpracuje z innymi placówkami pionu gruźlicy i chorób płuc,
- 7) w skład Przychodni Przyklinicznej wchodzi następujące poradnie:
 - a) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej,
 - b) Poradnia Pulmonologiczna,
 - c) Poradnia Onkologiczna,
 - d) Gabinet zabiegowy,
 - e) Gabinet chirurgiczny,
 - f) Gabinet diagnostyczny.

18. Dział ds. Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych:

- 1) opracowuje i utrzymuje jednolity wykaz procedur diagnostycznych i terapeutycznych stosowanych w Instytucie i określa ich koszty,
- 2) określa koszty leczenia pacjentów Instytutu, w tym pacjentów nieuprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- 3) tworzy wskaźniki względne dla poszczególnych czynności diagnostyczno-terapeutycznych dla celów oceny kosztowej oraz prowadzi ich aktualizację,
- 4) prowadzi sprawozdawczość z realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 5) przygotowuje materiały konieczne do złożenia oferty w ogłaszanych postępowaniach konkursowych o udzielenie świadczeń zdrowotnych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 6) pełni funkcję operatora Systemu Numerowania Recept Lekarskich i Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji,

7) zapewnia obsługę administracyjną w zakresie postępowań o udzielenie świadczeń zdrowotnych,

8) zapewnia obsługę administracyjną umów o prowadzenie badań klinicznych.

19. Kapelan:

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

Rozdział VII

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych

§ 20

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

§ 21

Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych podlegają:

- 1) Dział Administracyjny,
- 2) Dział Techniczny,

- 3) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,
- 4) Stanowisko ds. BHP,
- 5) Stanowisko ds. Obronności, Obrony Cywilnej i Bezpieczeństwa Przeciwpowodziowego.

§ 22

1. Dział Administracyjny:

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

2. Dział Techniczny:

- 1) w zakresie technicznego utrzymania obiektów budowlanych i urządzeń technicznych należących do Instytutu:
 - a) sprawuje nadzór nad ich stanem technicznym,
 - b) planuje i organizuje przeprowadzenie działań konserwacyjnych, remontowych i modernizacyjnych,
 - c) planuje inwestycje w ramach udzielonych kompetencji.

- 2) w zakresie technicznego utrzymania aparatury i sprzętu medycznego:
 - a) nadzoruje działanie aparatury i sprzętu medycznego,
 - b) organizuje przeprowadzenie przeglądów, konserwacji i napraw aparatury i sprzętu medycznego.

3. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia:

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

4. Stanowisko ds. BHP:

Wykonuje czynności przewidziane w przepisach dotyczących bhp, a w szczególności:

- 1) przeprowadza okresowe przeglądy stanowisk pracy,
 - 2) opracowuje projekty wewnętrznych przepisów dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 3) opracowuje wnioski w zakresie poprawy warunków bhp,
 - 4) bierze udział w pracach Komisji Powypadkowej i prowadzi jej obsługę administracyjną,
 - 5) opracowuje sprawozdania dla GUS w zakresie nakładów na bhp i wypadkowości,
 - 6) organizuje i prowadzi szkolenie wstępne pracowników w zakresie bhp,
 - 7) kontroluje właściwe zaopatrzenie pracowników Instytutu w odzież ochronną, roboczą i sprzęt ochrony osobistej oraz prawidłowe gospodarowanie nimi,
 - 8) opiniuje założenia inwestycyjne i remontowe pod względem bhp,
 - 9) bierze udział w odbiorach technicznych końcowych robót budowlanych.
5. Stanowisko ds. Obronności, Obrony Cywilnej i Bezpieczeństwa Przeciwpożarowego:
- 1) prowadzi sprawy z zakresu obronności, w tym obrony cywilnej wg obowiązujących przepisów,
 - 2) prowadzi całokształt spraw związanych z ustaleniem, realizacją i oceną programów i planów działania w zakresie poprawy stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w Instytucie,
 - 3) inicjuje i opracowuje projekty wewnętrznych przepisów w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
 - 4) opracowuje programy i plany szkolenia w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
 - 5) sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów przeciwpożarowych przez pracowników i pacjentów Instytutu.

Rozdział VIII

Zakres działania i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji

§ 23

1. Zastępca Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji kieruje całokształtem działalności Instytutu w obszarze zarządzania i organizacji jego działalności.
2. Do Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji należy w szczególności:
 - 1) koordynowanie spraw w zakresie kształtowania systemu zarządzania i organizacji działalności Instytutu,
 - 2) nadzorowanie spraw związanych z formalno-prawnym funkcjonowaniem Instytutu, w szczególności w zakresie kształtowania jego struktury organizacyjnej,
 - 3) nadzorowanie polityki ekonomicznej Instytutu, w tym przygotowywanie analiz i prognoz ekonomicznych wynikających z potrzeb Instytutu,

- 4) zapewnienie efektywnego funkcjonowania w Instytucie systemu zarządzania jakością,
- 5) nadzorowanie organizacji i porządku procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki pielęgniarskiej,
- 6) nadzór nad systemami informatycznymi w Instytucie oraz ich optymalizacja,
- 7) organizacja spraw związanych z zapewnieniem obsługi administracyjnej pacjentów,
- 8) nadzorowanie archiwizacji dokumentacji medycznej,
- 9) współpraca z pozostałymi Zastępcami Dyrektora oraz kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych w zakresie nadzorowanych spraw.

§ 24

Zastępcy Dyrektora ds. Zarządzania i Organizacji podlegają:

- 1) Pielęgniarka Naczelna,
- 2) Dział Organizacji i Zarządzania Jakością,
- 3) Pracownia Informatyczna,
- 4) Kancelaria Chorych,
- 5) Archiwum Medyczne.

§ 25

1. Pielęgniarka Naczelna:

- 1) planuje, organizuje i nadzoruje pracę pielęgniarek oraz personelu pomocniczego w klinikach /oddziałach i Przychodni Przyklinicznej,
- 2) opracowuje i wdraża procedury opieki pielęgniarskiej oraz sprawuje nadzór nad ich przestrzeganiem i aktualizacją,
- 3) zapewnia ciągłość realizacji świadczeń opieki pielęgniarskiej i niezbędnych zasobów do ich realizacji,
- 4) nadzoruje prowadzenie dokumentacji medycznej pielęgniarskiej,
- 5) kontroluje dyscyplinę pracy i przestrzegania regulaminu pracy podległego personelu,
- 6) nadzoruje kształcenie podyplomowe pielęgniarek w zależności od potrzeb Instytutu,
- 7) organizuje szkolenia podległego personelu,
- 8) współpracuje z Działem Administracyjnym w zakresie nadzoru nad żywieniem pacjentów oraz z Izbą Przyjęć w zakresie nadzoru nad Magazynem Rzeczy Pacjentów,
- 9) współpracuje z Zastępcami Dyrektora, kierownikami jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu oraz Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie nadzorowanych spraw.

2. Dział Organizacji i Zarządzania Jakością:

- 1) opracowuje dokumenty organizacyjne Instytutu, a w szczególności statut i regulamin organizacyjny,

- 2) przedstawia do decyzji Dyrektora wnioski organizacyjne wynikające z propozycji zgłaszanych w tym zakresie przez jednostki i komórki organizacyjne bądź poszczególnych pracowników Instytutu,
- 3) opracowuje wewnętrzne akty normatywne, dotyczące:
 - a) powoływania, likwidacji oraz zmian podporządkowania jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu,
 - b) zmian w podziale Instytutu na podstawowe jednostki i komórki organizacyjne,
 - c) zmian w zakresie czynności poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy Instytutu,
- 4) monitoruje opracowywanie wewnętrznych aktów normatywnych Instytutu innych niż wymienione w pkt. 3,
- 5) prowadzi stronę Biuletynu Informacji Publicznej,
- 6) monitoruje przestrzeganie praw pacjenta w Instytucie,
- 7) zapewnia doskonalenie i efektywne funkcjonowanie w Instytucie systemu zarządzania jakością poprzez:
 - a) stworzenie struktury systemu zarządzania jakością, odpowiedniej dla potrzeb Instytutu, kompletnej i spójnej z całokształtem jego działalności,
 - b) udział w określaniu polityki jakości i celów jakościowych,
 - c) planowanie, inicjowanie prac oraz organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami i komórkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania jakością,
 - d) nadzór nad monitorowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie funkcjonowania systemu zarządzania jakością,
 - e) monitorowanie i analizę danych, w tym wskaźników jakości, dotyczących systemu zarządzania jakością,
 - f) nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją dokumentacji systemu zarządzania jakością,
 - g) planowanie i kierowanie audytami wewnętrznymi,
 - h) nadzorowanie i weryfikację skuteczności podejmowanych działań korygujących i zapobiegawczych oraz innych działań doskonalących system zarządzania jakością,
 - i) inicjowanie, zalecanie i stosowanie ustalonych metod poprawy jakości oraz mających zastosowanie metod statystycznych,
 - j) organizowanie szkoleń dla pracowników w zakresie dotyczącym funkcjonowania systemu zarządzania jakością,
 - k) przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi sprawozdań z funkcjonowania systemu zarządzania jakością oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem,
 - l) utrzymanie i doskonalenie systemu zarządzania jakością,
 - m) kontaktowanie się z jednostkami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania jakością.

3. Pracownia Informatyczna:

- 1) sprawuje stały nadzór i konserwuje systemy informatyczne Instytutu, obsługuje serwer poczty elektronicznej oraz serwer gateway Instytutu,
- 2) zapewnia stałą pomoc pracownikom Instytutu w usuwaniu problemów związanych z użytkowaniem komputerów i oprogramowania,
- 3) tworzy kopie zapasowe baz danych Instytutu,
- 4) obsługuje program taryfikacyjny obsługujący centralę telefoniczną,
- 5) bierze udział w komisjach przetargowych dotyczących sprzętu komputerowego oraz systemów informatycznych,
- 6) współpracuje ze świadczeniodawcami usług informatycznych,
- 7) nadzoruje przeglądy, konserwacje i naprawy oprogramowania i sprzętu komputerowego,
- 8) sprawuje nadzór nad siecią LAN i serwerownią Instytutu,
- 9) wdraża i uaktualnia politykę bezpieczeństwa dotyczącą systemów, sieci oraz danych,
- 10) obsługuje system RCP (Rejestracja Czasu Pracy),
- 11) sprawuje stały nadzór nad utrzymaniem lokalnych baz danych użytkowników.

4. Kancelaria Chorych:

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

5. Archiwum Medyczne:

- 1) ewidencjonuje i archiwizuje dokumentację medyczną,
- 2) brakuje dokumentację niearchiwalną,

- 3) udostępnia dokumentację medyczną upoważnionym osobom i instytucjom.

Rozdział IX

Zakres działania i odpowiedzialności Głównego Księgowego

§ 26

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

§ 27

Głównemu Księgowemu podlega bezpośrednio:

- 1) Dział Księgowości.

§ 28

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

- 10) kontroluje oznakowanie składników majątkowych,
- 11) w skład Działu wchodzi:
 - a) Sekcja ds. Majątku Trwałego.

Rozdział X

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 29

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

Komputerowej, Pracownia Rezonansu Magnetycznego.

3. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne prowadzona jest w następujących jednostkach i komórkach organizacyjnych, które tworzą Przychodnię Przykliniczną:

- 1) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej,
- 2) Poradnia Pulmonologiczna,
- 3) Poradnia Onkologiczna,
- 4) Gabinet zabiegowy,
- 5) Gabinet chirurgiczny,
- 6) Gabinet diagnostyczny.

§ 30

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

Rozdział XI

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Postanowienia ogólne

§ 31

1. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych, osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w zakresie określonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia, a także innym osobom, na podstawie umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej.
2. Instytut udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, na zasadach określonych w odrębnych przepisach lub umowach.
3. Jeżeli do udzielenia świadczenia zdrowotnego niezbędne jest zezwolenie sądu opiekuńczego,

lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny występuje z wnioskiem do Sądu Rejonowego dla Warszawy-Woli ul. Kocjana 3, Wydział VI Rodzinny i Nieletnich.

4. Na podstawie art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej prowadzona jest obserwacja pomieszczeń ogólnodostępnych za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe mogą być przetwarzane wyłącznie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników Instytutu i przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania. Po upływie okresu, o którym mowa powyżej nagrania podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

§ 32

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez Instytut na podstawie skierowania.
2. Osobom zgłaszającym się do Instytutu, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, świadczenia zdrowotne udzielane są niezwłocznie bez skierowania.
3. Pacjent przyjmowany do szpitala Instytutu w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
 - a) dowodem osobistym lub innym dokumentem potwierdzającym tożsamość pacjenta, w którym znajduje się nr PESEL pacjenta,
 - b) decyzją wójta, burmistrza lub prezydenta o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na kryteria dochodowe w przypadkach wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - c) skierowaniem.
4. W przypadku nie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za pomocą środków komunikacji elektronicznej pacjent zobowiązany jest przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego lub inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w przypadku braku takiego dokumentu składa oświadczenie określone w odrębnym zarządzeniu Dyrektora.
5. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust.4, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sposób wskazany powyżej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej jest zobowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to udzielane jest w szpitalu Instytutu, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia

– pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych świadczeń.

6. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi powyżej, jednak w okresie nie dłuższym niż jeden rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej, albo złożenie oświadczenia, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia pacjenta z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, albo zwrotu tych kosztów.

§ 33

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

§ 34

1. W Instytucie są wykonywane badania diagnostyczne u pacjentów leczonych w szpitalu Instytutu i Przychodni Przyklinicznej oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców na podstawie zawartych umów oraz u osób nie korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Zlecenia wykonania badania diagnostycznego dokonuje się w systemie informatycznym Instytutu.
3. Materiał do badań pobiera uprawniony personel poszczególnych klinik/oddziałów oraz Przychodni Przyklinicznej, przestrzegając wewnętrznych procedur dotyczących sposobu jego pobierania i transportowania.
4. Przyjmowanie materiałów do badań odbywa się w trybie planowym i pilnym. Godziny przyjmowania materiałów podawane są przez kierowników laboratoriów do wiadomości wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych Instytutu.
5. Materiał do badania oznaczony jako „pilne” poddaje się badaniom laboratoryjnym w pierwszej kolejności.
6. Szczegółowe zasady zlecania badań, przygotowania pacjenta oraz pobierania i transportu

materiału do badań określają odrębne procedury.

7. Wyniki badań diagnostycznych są przekazywane niezwłocznie do właściwych jednostek lub komórek organizacyjnych Instytutu.

2. Szpitalne świadczenia zdrowotne

§ 35

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

§ 36

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

§ 37

1. Instytut zgłasza na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem

faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;

- 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość - nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

2. Instytut udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. z 2015 r. poz. 355, z późn. zm.) na podstawie pisemnego wniosku Policji lub na żądanie Policjanta po okazaniu legitymacji służbowej.

§ 38

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

§ 39

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

§ 40

1. Po przyjęciu pacjenta do kliniki/oddziału lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem ustala plan postępowania diagnostyczno-leczniczego.
2. Pacjenta należy poinformować o głównych założeniach diagnostyki i leczenia oraz o osobach sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem w klinice/oddziale.
3. Pacjenci kierowani na badania diagnostyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub transportowani do miejsca wykonywania badań lub zabiegów.

4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz, jeżeli uzna to za uzasadnione, organizuje, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, konsultację specjalistyczną.
5. Konsultacje specjalistyczne odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
6. Konsultacje prowadzone przez lekarzy niezatrudnionych w Instytucie lub przez inne podmioty lecznicze wymagają uprzedniej zgody Dyrektora lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 41

Koordynatorem okołooperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog, który uczestniczy w operacji pacjenta.

§ 42

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

§ 43

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

§ 44

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

§ 45

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

§ 46

1. Pacjent może być przekazany do innego podmiotu leczniczego po uzgodnieniu przeniesienia z kierownikiem lub lekarzem dyżurnym tego podmiotu.
2. Kierownik kliniki/oddziału lub lekarz dyżurny przekazujący pacjenta do innego podmiotu leczniczego wpisuje adnotację w historii choroby, do jakiej placówki pacjent został przekazany

i z kim zostało ustalone przyjęcie. Lekarz, który podjął decyzję o przeniesieniu pacjenta określa warunki transportu.

3. Zakończoną historię choroby przekazuje się do Kancelarii Chorych.

§ 47

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala Instytutu następuje, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Instytucie,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy osoba przebywająca w Instytucie w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala Instytutu osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Instytucie, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Instytutu sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala Instytutu i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie z Instytutu na własne żądanie jest informowana przez lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu Instytutu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 48

1. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w uzgodnieniu z kierownikiem kliniki/oddziału.
2. O terminie wypisania ze szpitala Instytutu pacjenta małoletniego lub pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia woli lekarz prowadzący informuje przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Wypisanie pacjenta może nastąpić tylko w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
3. Lekarz prowadzący wydaje pacjentowi kartę informacyjną w dwóch egzemplarzach. Lekarz prowadzący wydając kartę informacyjną przedstawia pacjentowi, a w przypadkach wskazanych w ust. 2 także przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu dalsze zalecenia lekarskie. Karta informacyjna powinna być podpisana przez lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem oraz lekarza kierującego kliniką/oddziałem lub osobę przez

niego upoważnioną.

4. W dniu wypisu pacjent zobowiązany jest do opuszczenia łóżka w godzinach przedpołudniowych. W dniu wypisu pacjentowi przysługuje wyłącznie jeden posiłek – śniadanie.
5. Szczegółowe zasady postępowania przy wypisie pacjenta określa wewnętrzna procedura.

§ 49

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

§ 50

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

3. Specjalistyczna opieka ambulatoryjna

§ 51

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

§ 52

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

zdrowotnej bez skierowania.

§ 53

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

§ 54

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

Rozdział XII

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi

§ 55

1. Instytut realizując swoje zadania:

- 1) współpracuje z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
- 2) stosuje wytyczne i zalecenia organów administracji państwowej i samorządowej dotyczące zasad postępowania.

§ 56

1. W przypadku braku możliwości prowadzenia bądź kontynuowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Instytucie, celem zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia oraz ciągłości i skuteczności postępowania, Instytut współdziała z innymi podmiotami leczniczymi.
2. Zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi są uregulowane przepisami prawa oraz umowami zawartymi z tymi podmiotami.
3. Wykonywanie badań, konsultacji lub zabiegów poza Instytutem wymaga uprzednio uzyskania zgody Dyrektora lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Rozdział XIII

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 57

1. W Instytucie przestrzega się praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych aktach prawnych.
2. Prawa pacjenta Instytutu umieszczone są w widocznym miejscu na tablicach informacyjnych w Izbie Przyjęć, klinikach/oddziałach oraz w Przychodni Przyklinicznej.
3. Pacjenci leczeni w szpitalu Instytutu mogą korzystać z:
 - 1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną,
 - 2) obrzędów religijnych wyznania rzymsko-katolickiego odbywających się w Kaplicy Instytutu w wyznaczonych godzinach,
 - 3) kontaktu z przedstawicielami innych wyznań religijnych; szczegółowych informacji udziela pielęgniarka kliniki/oddziału,
 - 4) bufetu gastronomicznego oraz kiosku ruchu w wyznaczonych godzinach.
4. Kierownik kliniki/oddziału może zezwolić na indywidualną opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem sprawowaną przez osobę wskazaną przez pacjenta.
5. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę wskazaną przez pacjenta nie

może naruszać praw pozostałych pacjentów.

§ 58

1. Pacjenci Instytutu mają w szczególności obowiązek:

- 1) stosowania się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek oraz innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych,
- 2) nie przyjmowania własnych leków bez wiedzy lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem,
- 3) zachowania ciszy w godzinach 22.00-6.00,
- 4) nie zakłócania spokoju innym pacjentom,
- 5) odnoszenia się życzliwie i kulturalnie do innych osób,
- 6) zgłaszania pielęgniarce każdej potrzeby opuszczenia oddziału i powrotu do oddziału,
- 7) obecności w sali w porze obchodów lekarskich i zabiegów pielęgniarskich,
- 8) przestrzegania zaleceń dotyczących poruszania się po Instytucie, korzystania z urządzeń, rozkładu dnia w oddziale oraz zasad bezpieczeństwa p/pożarowego,
- 9) przestrzegania zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych na terenie Instytutu,
- 10) dbania o higienę osobistą,
- 11) utrzymywania ładu i porządku w miejscu pobytu,
- 12) nie przechowywania łatwo psujących się produktów żywnościowych poza lodówką,
- 13) nie zamieniania samodzielnie przydzielonego łóżka i sali,
- 14) przekazania swojej odzieży i obuwia na przechowanie do Magazynu Rzeczy Pacjentów oraz rzeczy wartościowych do depozytu Instytutu,
- 15) dbania o mienie szpitalne oddane do użytku podczas pobytu w Instytucie,
- 16) przestrzegania zakazu palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych oraz stosowania środków odurzających na terenie Instytutu.

§ 59

1. Pacjenci przebywający w klinikach/oddziałach mają prawo do odwiedzin codziennie.
2. Odwiedziny pacjentów powinny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy klinik/oddziałów oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów.
3. Zasady pobytu i odwiedzin w klinikach/oddziałach oraz odrębnie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ustala Dyrektor. Informacje te podaje się do wiadomości pacjentów na tablicach informacyjnych.

§ 60

1. Pacjent ma prawo złożyć skargę lub wniosek do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. W Izbie Przyjęć, klinikach/oddziałach oraz rejestracji Przychodni Przyklinicznej znajduje

się Książka skarg i wniosków, która jest dostępna w każdym czasie dla pacjentów.

3. Szczegółowy tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg lub wniosków pacjentów określa odrębna procedura.
4. W Izbie Przyjęć, klinikach/oddziałach oraz w rejestracji Przychodni Przyklinicznej, w widocznym miejscu, znajduje się informacja dla pacjentów o możliwości złożenia skargi lub wniosku osobiście, ze wskazaniem osób przyjmujących oraz informacja o możliwości złożenia skargi lub wniosku do Książki skarg i wniosków.

Rozdział XIV

Postępowanie w razie śmierci pacjenta

§ 61

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

§ 62

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

§ 63

1. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od stwierdzenia zgonu. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni, zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

2. Transport zwłok przeprowadzany jest przez pracowników Zakładu Patomorfologii lub innych, wyznaczonych pracowników z zachowaniem szacunku należnego zmarłemu.

§ 64

1. Zwłoki osoby zmarłej przechowywane są w chłodni nie dłużej niż 72 godziny od stwierdzenia zgonu.
2. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane dłużej niż 72 godzin, jeżeli:
 - a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne niż wymienione wyżej ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
3. Jeżeli zwłoki osoby zmarłej przechowywane są dłużej niż 72 godziny Instytut pobiera opłaty z wyjątkiem przypadku wskazanego w ust. 2 lit. b.
4. Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta zmarłego w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc przez okres dłuższy niż 72 godziny wynosi 50,00 zł za każdą kolejną rozpoczętą dobę, opłata za przechowywanie zwłok pacjenta zmarłego w innym podmiocie leczniczym wynosi 100,00 zł za każdą kolejną rozpoczętą dobę.

§ 65

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

§ 66

1. Zwłoki osoby zmarłej w szpitalu Instytutu mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Instytutu, a także w innych przypadkach wskazanych w ustawie o działalności leczniczej.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub upoważniony przez niego inny lekarz, na wniosek właściwego kierownika kliniki/oddziału lub w razie potrzeby po zasięgnięciu jego opinii zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok.
3. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu Instytutu nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia z wyłączeniem przypadków, gdy przeprowadzenia sekcji zwłok wymagają obowiązujące przepisy.
4. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 3 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza do historii choroby sprzeciw osoby zmarłej w Instytucie lub jej przedstawiciela ustawowego.

§ 67

Pozostałe zasady postępowania przypadku zgonu pacjenta określa wewnętrzna procedura.

Rozdział XV

Oplaty za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 68

1. Za udostępnianie przez Instytut dokumentacji medycznej w formie kopii, odpisu, wyciągu, wydruku, na informatycznym nośniku danych, Instytut pobiera opłatę w wysokości brutto:
 - b) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 8,00 zł,
 - c) jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej – 0,30 zł,
 - d) udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – 1,60 zł.
2. Za udzielenie zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osoby na rzecz, której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia Instytut pobiera opłatę w wysokości 100 (sto) złotych plus podatek VAT w wysokości obowiązującej.
3. Opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się opłat od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, AOTMiT, ABM, w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 1.
4. Oplaty, o których mowa w ust. 1 uprawniony podmiot uiszcza na podstawie faktury lub paragonu fiskalnego wystawionego przez Dział Księgowości w Kasie Instytutu lub przelewem na rachunek bankowy Instytutu.

Rozdział XVI

Oplaty za udzielenie świadczenia zdrowotnego

§ 69

Za wykonanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia szpitalnego (hospitalizacja), Instytut pobiera opłatę zgodnie z charakterystyką grup JGP i świadczeń do sumowania z grupą na zasadach określonych w umowie pomiędzy Instytutem a Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 70

1. Od pacjenta, który nie posiada prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pielęgniarka Izby Przyjęć odbiera Oświadczenie, którego wzór określono w odrębnym zarządzeniu oraz pobiera zaliczkę w wysokości 150 złotych przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego przez lekarza Izby Przyjęć.
2. Pacjent nie posiadający prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych winien przed przyjęciem do szpitala Instytutu wpłacić zaliczkę w wysokości 3500 złotych na poczet kosztów leczenia.
3. Rozliczenie rzeczywistych kosztów leczenia (z uwzględnieniem wpłaconej zaliczki) następuje po zakończeniu udzielania świadczenia zdrowotnego, w terminie nie dłuższym niż 30 dni.
4. Opłatę za świadczenia zdrowotne udzielone w szpitalu Instytutu wnosi się na rachunek bankowy Instytutu lub w kasie Instytutu na podstawie faktury VAT wystawionej przez Instytut, w terminie 14 dni od dnia otrzymania faktury.
5. Dział Ewidencji i Rozliczeń Świadczeń Medycznych na podstawie informacji przekazanych przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego Izby Przyjęć przygotowuje zestawienie określające wartość udzielonych świadczeń zdrowotnych i przekazuje je do Działu Księgowości w celu wystawienia faktury VAT pacjentom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń.
6. Zobowiązuje się lekarzy prowadzących do przekazywania do Działu Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z klasyfikacją Jednorodnych Grup Pacjentów, pacjentom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych wraz z datą wypisu pacjenta.

§ 71

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

§ 72

Za wykonanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych Instytut pobiera opłatę w wysokości określonej w dokumencie „Cennik świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie dla osób nieposiadających prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych”, który stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu.

Rozdział XVII

Zasady współpracy i inne postanowienia Regulaminu

§ 73

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

§ 74

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

wymagają parafowania przez właściwego Zastępcę Dyrektora i Głównego Księgowego.

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

§ 75

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

Spis załączników:

Załącznik nr 1 Schemat organizacyjny Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

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

Załącznik nr 3 Cennik świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie dla osób nieposiadających prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych

Załącznik nr 4 Cennik wysokości opłat za udzielone świadczenia zdrowotne i usługi medyczne oraz sterylizacyjne dla osób i podmiotów nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń i usług wykonywane w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych Oddziału Terenowego w Rabce-Zdrój

DYREKTOR
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

dr hab. n. med. Stefan Wesolowski