

Zasady opłat za pobyt opiekunów pacjentów w trakcie ich leczenia

§1.

1. Każdemu pacjentowi WCP „Kubalonka” przysługuje prawo do dodatkowej nieodpłatnej opieki pielęgnacyjnej, sprawowanej przez jednego lub dwóch opiekunów prawnych (rodzic/ przedstawiciel ustawowy).
2. Nieodpłatna dodatkowa opieka pielęgnacyjna sprawowana jest w warunkach szpitalnych,
co oznacza, że prawny opiekun (rodzic) wyraża zgodę na sprawowanie tej opieki w pokojach wieloosobowych, w których mogą przebywać inne dzieci - pacjenci oraz ich prawni opiekunowie (rodzice).
3. Wyrażenie zgody, o której mowa w ust. 2, potwierdzane jest w formie oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszych *Zasad opłat*.
4. W ramach nieodpłatnej dodatkowej opieki pielęgnacyjnej prawnemu opiekunowi (rodzicowi) przysługuje:
 - 1) łóżko składane lub łóżko innego typu w zależności od sposobu wyposażenia pokoju,
 - 2) pościel,
 - 3) dostęp do łazienki i ubikacji.
5. Dyrektor WCP „Kubalonka” może odmówić prawa do nieodpłatnej dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jeżeli taki wniosek, uzasadniony względami medycznymi, złoży kierownik oddziału.

§2.

1. Prawny opiekun (rodzic), o którym mowa w § 1, może skorzystać z odpłatnych posiłków podawanych na terenie WCP „Kubalonka”.
2. Posiłki podawane są w godzinach określonych harmonogramem wywieszonym na tablicy ogłoszeń.
3. Koszt pojedynczych posiłków wynosi:
 - 1) śniadanie - 10 zł,
 - 2) obiad - 20 zł,
 - 3) kolacja - 10 zł.
4. Prawny opiekun (rodzic) wykupuje posiłki najpóźniej w dniu przyjęcia do WCP „Kubalonka”.

§3.

1. Prawny opiekun (rodzic), o którym mowa w § 1, może skorzystać z podniesionych standardów pobytu w WCP „Kubalonka”.
2. Podniesione standardy polegają w szczególności na:
 - 1) korzystaniu z pokoju wyłącznie przez pacjenta i przez osoby mu towarzyszące, przy czym wyłączność nie oznacza braku dostępu do pokoju przez personel medyczny i służby obsługujące WCP „Kubalonka”,
 - 2) korzystaniu z infrastruktury technicznej, dostępnej na terenie WCP „Kubalonka”, zgodnie z ogólnymi zasadami i szczegółowymi regulaminami, jeżeli poszczególne przestrzenie i urządzenia je posiadają.
3. Jeżeli osoba wymieniona w ust. 1 decyduje się na pobyt z podniesionym standardem, wówczas składa oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszych *Zasad opłat*.
4. Jeżeli osoba wymieniona w ust. 1 decyduje się na pobyt z podniesionym standardem, wówczas w skład ceny pobytu wchodzi również koszty posiłków wydawanych w

trakcie pobytu.

5. Doby pobytu liczone są od godzin dopołudniowych w dniu przyjęcia pacjenta (bez śniadania) do godzin dopołudniowych w dniu wypisu (ze śniadaniem).
6. Koszt osobodnia pobytu opiekuna towarzyszącego pacjentowi w trakcie leczenia w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej w 2024 r. przedstawia

tabela:

Data pobytu		Koszt osobodnia pobytu opiekuna z wyżywieniem w pokoju z własnym węzłem sanitarnym	
od	do		
		Pobyt do 7 dni	Pobyt powyżej 7 dni
01.01.2024r.	29.02.2024r.	95	90
01.03.2024r.	31.03.2024r.	80	75
01.04.2024r.	30.06.2024r.	100	95
01.07.2024r.	31.08.2024r.	120	120
01.09.2024r.	31.10.2024r.	100	95
01.11.2024r.	30.11.2024r.	80	75
01.12.2024r.	31.12.2024r.	95	90

7. W przypadku opiekuna przebywającego z pacjentem w Pawilonie 4, koszt pobytu jest obniżony o 10 zł za dobę.
8. W przypadku opiekuna przebywającego z pacjentem na pododdziale gruźliczym, koszt pobytu dla opiekuna wynosi 15 zł za dobę.
9. W przypadku opiekuna lub dwóch opiekunów przebywających z pacjentem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności lub dysponujących Kartą Dużej Rodziny, koszt pobytu dla opiekuna, dwóch opiekunów wynika z tabeli i jest pomniejszony o 10 zł dla każdego z nich, za każdy osobodzień pobytu.
10. Dyrektor WCP „Kubalonka” w Istebnej może zmienić ceny pobytu określone w § 3 ust. 6, w określonym przedziale czasowym, na pisemny wniosek Kierownika Działu Statystyki, Rozliczeń i Dokumentacji Medycznej.
11. Na pisemny wniosek osób, o których mowa w § 3 ust.1, Dyrektor WCP „Kubalonka” w Istebnej może wyrazić zgodę na zwrot opłaconych, a niewykorzystanych z powodów losowych opłat z tytułu pobytu w Centrum. W takim przypadku do wniosku należy dołączyć paragon potwierdzający dokonania opłaty z tytułu pobytu w Centrum.
12. Koszty, które ponosi WCP „Kubalonka” w związku z podniesionym standardem pobytu osób towarzyszących pacjentowi są niezależne od kosztów wynikających z § 1 ust. 4.

Wzór oświadczenia

.....
(imię i nazwisko dziecka-pacjenta)

Istebna, dnia

.....
(imię i nazwisko prawnego opiekuna dziecka)

.....
(adres zamieszkania prawnego opiekuna dziecka)

Ja niżej podpisany, mając do wyboru dwie formy pobytu w Wojewódzkim Centrum
Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej opisane poniżej, jako sprawujący dodatkową opiekę
pielęgniacyjną, w pełni świadomy wybieram formy wskazaną w pkt.

1. Pobyt nieodpłatny w sali wieloosobowej.
2. Pobyt odpłatny o podniesionym standardzie, pozwalający na korzystanie z pokoju wyłącznie przez pacjenta i przez osoby mu towarzyszące.

Wybierając formy wskazane w pkt1, wyrażam zgodę na nocleg opiekunów innych
dzieci na sali chorych, gdzie nocować będzie moje dziecko (podopieczny).

Wybierając formy wskazane w pkt 1, wyrażam również zgody na mój nocleg
z innymi opiekunami w sali noclegowej opiekunów na warunkach określonych
w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(czytelny podpis prawnego opiekuna dziecka)