

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 jest zgłaszane przy ustalaniu terminu przyjęcia pacjenta i 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 wyłączenie 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 popołudniowych w dniu przyjęcia pacjenta (bez śniadania) do godzin popołudniowych w dniu wypisu (ze śniadaniem).
6. Koszt osobodnia pobytu opiekuna towarzyszącego pacjentowi w trakcie leczenia w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej w 2025 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
01.01.2025r.	28.02.2025r.	95	90
01.03.2025r.	31.03.2025r.	80	75
01.04.2025r.	30.06.2025r.	100	95
01.07.2025r.	31.08.2025r.	120	120
01.09.2025r.	31.10.2025r.	100	95
01.11.2025r.	30.11.2025r.	80	75
01.12.2025r.	31.12.2025r.	95	90

7. W przypadku opiekuna przebywającego z pacjentem w Pawilonie 4, koszt pobytu jest obniżony o 10zł za dobę.
8. W przypadku opiekuna przebywającego z pacjentem na pododdziale gruźliczym, koszt pobytu dla opiekuna wynosi 15zł 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 10zł 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)