



ZARZĄDZENIE DYREKTORA

Zarządzenie Nr 58/2014 z dnia 8 lipca 2014r.

W sprawie: zasad odpłatności za pobyt opiekunów pacjentów w oddziałach Szpitala.

Na podstawie:

- § 11 ust. 2 Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II nadanego Zarządzeniem Nr 89/2012 z dnia 27.06.2012r. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z późn. zm.,
- ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (tj. z dnia 7 grudnia 2012r., Dz. U. z 2013, poz.217 z późn. zm.),
- ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (tj. z dnia 24 stycznia 2012 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm)
- ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. z dnia 14 listopada 2012 r. Dz.U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.)
- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (tj. Dz.U. z 2012 r. poz. 823 z późn. zm.)
- ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009r. (tj. z dnia 21 czerwca 2013 r. Dz.U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.)
- ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (tj. z dnia 11 maja 2011r. Dz.U. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) niniejszym zarządzam, co następuje:

§ 1

1. Wprowadzam **Cennik opłat za pobyt opiekunów pacjentów w oddziałach Szpitala** oraz zasady pobytu opiekunów pacjentów w oddziałach Szpitala, który stanowi **Załącznik nr 1 (Załącznik F.07 - PO-R)** do niniejszego Zarządzenia.
2. Pielęgniarka Oddziałowa lub inna upoważniona osoba komórki organizacyjnej Szpitala zobowiązana jest do informowania opiekunów pacjentów o możliwości skorzystania z pobytu na oddziale oraz zasadach odpłatności za pobyt.
3. Zainteresowany skorzystaniem z pobytu w oddziale Szpitala opiekun pacjenta, występuje z **Wnioskiem o skorzystanie z pobytu w oddziale Szpitala**, stanowiącym **Załącznik nr 2 (Załącznik F. 01-PO-R)** do niniejszego Zarządzenia, w którym jednocześnie składa oświadczenie, iż zapoznał się z zasadami odpłatności za pobyt opiekunów pacjenta w oddziałach Szpitala oraz zobowiązuje się do przestrzegania przepisów i innych obowiązujących zarządzeń porządkowych, a także do uiszczenia należności za pobyt w oddziale Szpitala.
4. Zakwaterowania opiekuna pacjenta na oddziale dokonuje Pielęgniarka Oddziałowa lub inna upoważniona osoba.
5. Opiekun pacjenta zobowiązany jest do uiszczenia opłaty przed otrzymaniem karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Opłaty za pobyt opiekun pacjenta uiszcza w Kasie Szpitala gotówką lub na podstawie wystawionej faktury, przelewem – w oparciu o informację sporządzoną przez Pielęgniarkę Oddziałową lub inną upoważnioną osobę, według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 3 Karta opłat za pobyt przy pacjencie (Załącznik F. 02 –PO – R)** do niniejszego Zarządzenia.
6. Pielęgniarka Oddziałowa bądź inna upoważniona osoba zobowiązana jest w każdy poniedziałek do godz. 12:00 przelać w formie elektronicznej do Działu Księgowo-Finansowego na adres e-mailowy ksiegowosc08@gczd.katowice.pl **Zestawienie opłat za pobyt przy pacjencie**, zgodnie z **Załącznikiem nr 4 (Załączniki F.04 - PO-R)**. Zestawienie winno zawierać informacje o zakończonych pobytach na oddziale opiekunów pacjentów z tygodnia bezpośrednio poprzedzającego tydzień, w którym przesyłane jest sprawozdanie. Do 3-go dnia każdego miesiąca Pielęgniarka Oddziałowa bądź wskazana inna osoba zobowiązana jest do przesłania do Działu Księgowo-Finansowego na adres e-mailowy ksiegowosc08@gczd.katowice.pl **Zestawienie miesięczne opłat za pobyt przy pacjencie** zgodnie z **Załącznikiem nr 4 (Załączniki F.04 - PO-R)**. Zestawienie miesięczne winno być przekazane do Działu Księgowo - Finansowego także w formie papierowej, podpisane przez osobę sporządzającą.



WYDANIE: 6

Strona 2 z 3

ZARZĄDZENIE DYREKTORA

F.06 – PJ-01

Obowiązuje od:
12.10.2009

7. Dział Księgowo-Finansowy dokonuje weryfikacji pobranych opłat.
8. Jedynie na indywidualną, pisemną prośbę, opiekun pacjenta może ubiegać się o rozłożenie na raty opłat za pobyt przy pacjencie.
9. Jedynie na indywidualną, pisemną prośbę, opiekun pacjenta, znajdujący się w trudnej sytuacji rodzinnej i/lub niedostatku, może ubiegać się o umorzenie w części opłat za pobyt przy pacjencie. Do prośby określonej w ust. 8 i 9 opiekun pacjenta winien dołączyć dokumenty potwierdzające jej zasadność. Prośba powinna zawierać czytelne dane (imię i nazwisko oraz adres i telefon kontaktowy) dotyczące opiekuna pacjenta, nr faktury, kwotę do zapłaty, nazwę Oddziału w którym przebywał opiekun, datę oraz czytelny podpis. Opiekun pacjenta składa prośbę w Kancelarii Szpitala. W przypadku osobistego składania wniosku przez opiekuna pacjenta, osoba przyjmująca wniosek zobowiązana jest sprawdzić czy prośba zawiera wszystkie dane, w przypadku braku danych może poprosić opiekuna pacjenta o ich uzupełnienie. Prośba przekazywana jest do Dyrektora Szpitala.
10. W przypadku braku dokumentów potwierdzających trudną sytuację rodziną i/lub niedostatek w rodzinie, prośby nie będą rozpatrywane.
11. Dyrektor Szpitala podejmuje decyzję w oparciu o ustalone poniżej kryteria:
 - a) **Umorzenie 50% należności za pobyt opiekuna przy pacjencie, nastąpi w przypadku:**
 1. osoby niepracującej, która pozostaje w niedostatku i przedstawi aktualne zaświadczenie o zarejestrowaniu w Urzędzie Pracy lub dowodu pobierania zasiłku dla bezrobotnych, bądź zaświadczenie z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej o otrzymywaniu pomocy z powodu ubóstwa w gospodarstwie domowym, w którym osoba niepracująca wychowuje dziecko.
 2. osoby samotnie prowadzącej gospodarstwo domowe, jeżeli dochód nie przekracza kwoty netto określonej w § 1 pkt 1) a) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej na osobę (zaświadczenie o dochodach z miesiąca poprzedzającego złożenie prośby o umorzenie należności) lub
 3. osoby w rodzinie, jeżeli dochód na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza kwoty netto określonej w § 1 pkt 1) b) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (zaświadczenie o dochodach wszystkich osób pracujących i oświadczenie o liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) lub
 4. osoby, która przedstawi aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka pozostającego we wspólnym gospodarstwie. Kwota podlegająca umorzeniu to 50%, Dyrektor Szpitala może rozłożyć na raty pozostałą część należności za pobyt opiekuna przy pacjencie. Niezależnie od powyższego umorzenie nie nastąpi poniżej kwoty 16zł.
 - b) **Umorzenie 80% należności za pobyt opiekuna przy pacjencie, nastąpi w przypadku:**
 - osób, które spełniają którekolwiek z kryteriów określonych w pkt a) 1-3 oraz dodatkowo przedstawią aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka pozostającego we wspólnym gospodarstwie. Niezależnie od powyższego umorzenie nie nastąpi poniżej kwoty 18zł.
 - c) **Rozłożenie na raty należności za pobyt opiekuna przy pacjencie, nastąpi w przypadku:**
 - osoby samotnie prowadzącej gospodarstwo domowe, jeżeli dochód nie przekracza dwukrotności kwoty netto określonej w pkt 11 a) 2 niniejszego Zarządzenia na osobę (zaświadczenie o dochodach z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku),
 - osoby w rodzinie, jeżeli dochód na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza dwukrotności kwoty netto określonej w pkt 11 a) 3 niniejszego Zarządzenia (zaświadczenie o dochodach wszystkich pracujących i oświadczenie o liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie).
 - d) **Osoby składające prośbę o umorzenie i/lub rozłożenie na raty należności za pobyt opiekunów pacjentów w Oddziałach Szpitala mają każdorazowo odroczony termin płatności.**
 - Termin maksymalny, rozłożenia na raty należności z tytułu pobytu opiekunów pacjentów w Oddziałach Szpitala to 12 miesięcy.



WYDANIE: 6

Strona 3 z 3

ZARZĄDZENIE DYREKTORA

F.06 – PJ-01

Obowiązuje od:
12.10.2009

12. Osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.
13. Opiekun pacjenta przebywający w pokoju jednoosobowym z węzłem sanitarnym nie może ubiegać się o umorzenie części należności za pobyt, z wyjątkiem sytuacji, gdy dany oddział szpitalny nie dysponuje w ogóle lub w okresie przewidywanego pobytu wolnymi pokojami o niższym standardzie albo gdy występuje inna ważna przyczyna uzasadniająca umorzenie w części opłat należnych za pobyt opiekuna przy pacjencie.
14. W razie decyzji Dyrektora o umorzeniu w części opłat i/lub rozłożeniu na raty za pobyt przy pacjencie Dział Metodyczno-Organizacyjny przekazuje informację do Działu Księgowo-Finansowego, który sporządza stosowną korektę faktury.
15. Rozpatrzone prośby o umorzenie w części i/lub rozłożenie na raty opłat za pobyt przy pacjencie w oryginale przechowywane są w Dziale Metodyczno-Organizacyjnym, kopie natomiast znajdują się w Dziale Księgowo-Finansowym.

§ 2

Uchylam Zarządzenie nr 60/2013r. z dnia 23 grudnia 2013r.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem **14 lipca 2014r.** i obowiązuje do składanych próśb o umorzenie w części lub rozłożenie na raty opłat za pobyt przy pacjencie złożonych po dniu wejścia w życie niniejszego Zarządzenia.

§ 4

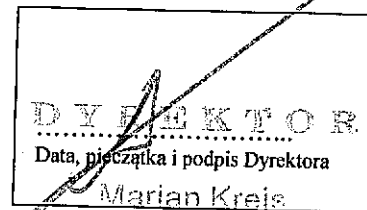
Zobowiązuję Kierowników Komórek Organizacyjnych do zapoznania z treścią niniejszego Zarządzenia podległy personel, zgodnie z załącznikiem F.07-PJ-01 – Rozdziałnik z oświadczeniem pracownika, oraz do jego przestrzegania.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – F.07 - PO - R Cennik opłat za pobyt opiekunów pacjentów w oddziałach Szpitala
2. Załącznik nr 2 – F.01 - PO - R Wniosek o skorzystanie z pobytu w oddziale Szpitala
3. Załącznik nr 3 – F.02 - PO - R Karta opłat za pobyt przy pacjencie
4. Załącznik nr 4 – F.04 - PO - R Zestawienie opłat za pobyt przy pacjencie
5. F.07- PJ-01 – Rozdziałnik z oświadczeniem pracownika

Otrzymują:

1. Kierownicy Komórek Organizacyjnych,
2. PSJ,
3. a/a.



08.07.2014

* *niepotrzebne skreślić*

Marian Kreis



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II
40-752 Katowice, ul. Medyków 16
tel. 0-32-207-18-00, fax. 0-32-207-15-46
NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000



Czysty Szpital
CERTIFICOWANE

WYDANIE: 5

STRON: 1

CENNIK OPŁAT ZA POBYT OPIEKUNÓW PACJENTÓW W ODDZIALE SZPITALA

F. 07 – PO-R



Obowiązuje od:
01.06.2010

Lp.	Rodzaj zakwaterowania	Cena za 1 osobę
1.	Doba z korzystaniem z łóżka w pokoju wieloosobowym	13,00 zł
2.	Doba z korzystaniem z łóżka w pokoju jednoosobowym	15,00 zł
3.	Doba z korzystaniem z łóżka w pokoju jednoosobowym z węzłem sanitarnym	30,00 zł
4.	Doba z korzystaniem z łóżka w pokoju wieloosobowym z węzłem sanitarnym	20,00 zł

DYREKTOR

Marian Kreis

Niniejszy Dokument jest własnością Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II.
Kopowanie i rozpowszechnianie bez zezwolenia zabronione.

	<p style="text-align: center;">Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 0-32-207-18-00, fax. 0-32-207-15-46 NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000</p>	 <p style="text-align: center;">Czysty Szpital Dla Ciebie i Twojej Rodziny</p>
<p>WYDANIE: 6 STRON: 1</p>	<p>WNIOSEK O SKORZYSTANIE Z POBYTU W ODDZIALE SZPITALA</p>	<p>F.01 – PO-R Obowiązuje od: 01.06.2010</p>

Katowice, dnia..... 20.... roku

Proszę, o umożliwienie mi pobytu w Oddziale
(rodzaj pobytu) (nazwa Oddziału)

SPSK Nr 6 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, w okresie od.....do....., podczas którego będę sprawował/a opiekę nad pacjentem.....



Jednocześnie, oświadczam, iż zapoznałem / -łam się z cennikiem oraz zasadami odpłatności za pobyt opiekunów pacjentów w Oddziałach SPSK Nr 6 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, określonymi w Zarządzeniu nr 58/2014 Dyrektora Szpitala z dnia 8 lipca 2014 r. oraz zobowiązuje się do przestrzegania przepisów i innych obowiązujących zarządzeń porządkowych, a także do uiszczenia należności za pobyt w Oddziale, najpóźniej w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala.

Imię i nazwisko, adres opiekuna:

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego:

D Y R E K T O R

Handwritten signature

 WYDANIE: 5 STRON: 1	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 0-32-207-18-00, fax. 0-32- 207-15-46 NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000	 F. 02 – PO-R Obowiązuje od: 01.06.2010
	KARTA OPŁAT ZA POBYT PRZY PACJENCIE	

Katowice, dnia20.....r.

.....
 (Pieczęćka Oddziału) (Ośrodek kosztów)

Imię, nazwisko i adres opiekuna:



Imię i nazwisko pacjenta:

Pobyt od:.....do:.....Cena za dobę:.....zł.

Należność łącznie:zł.

.....
 (Pieczęćka i podpis Pielęgniarki Oddziałowej/ Innej upoważnionej osoby) Potwierdzam powyższy pobyt.....
 (Podpis opiekuna pacjenta)

Niniejszy Dokument jest własnością Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II. Kopiowanie i rozpowszechnianie bez zezwolenia zabronione.

 WYDANIE: 5 STRON: 1	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 0-32-207-18-00, fax. 0-32- 207-15-46 NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000	 F. 02 – PO-R Obowiązuje od: 01.06.2010
	KARTA OPŁAT ZA POBYT PRZY PACJENCIE	

Katowice, dnia20.....r.

.....
 (Pieczęćka Oddziału) (Ośrodek kosztów)

Imię, nazwisko i adres opiekuna:

Imię i nazwisko pacjenta:

Pobyt od:.....do:.....Cena za dobę:.....zł.

Należność łącznie:zł.

.....
 (Pieczęćka i podpis Pielęgniarki Oddziałowej/ Innej upoważnionej osoby) Potwierdzam powyższy pobyt.....
 (Podpis opiekuna pacjenta)

DYREKTOR

Marian Kreis

Niniejszy Dokument jest własnością Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II. Kopiowanie i rozpowszechnianie bez zezwolenia zabronione.

[Handwritten signatures]



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II
40-752 Katowice, ul. Medyków 18
tel. 0-32-207-16-00, fax. 0-32- 207-15-46
NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000



Czysty Szpital
czysty.szpital.com

WYDANIE: 5

STRONA: 1

ZESTAWIENIE OPŁAT ZA POBYT PRZY PACJENCIE

F. 04 – PO-R

Obowiązuje od:
04.06.2009

Katowice, dnia20.....r.

.....
(Pieczęćka Oddziału)

.....
(Ośrodek kosztów)

Za okres:

Lp.	Imię, nazwisko i adres zamieszkania	Data rozpoczęcia pobytu	Data zakończenia pobytu	Ilość dni	Cena za dobę	Kwota do zapłaty	Forma płatności	Nazwisko pacjenta jeśli jest inne niż opiekuna
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

.....
(Data, pieczęćka i podpis)

DYREKTOR

Monia