

REGULAMIN UDZIELANIA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO SP. Z O.O. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WSPÓŁFINANSOWANYCH

§ 1

1. Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. udziela świadczeń zdrowotnych, których częściowy koszt ponosi świadczeniobiorca, z zastrzeżeniem ust. 2..
2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., umieszczonego w:
 - a) pieczy zastępczej - ponosi starosta;
 - b) instytucjonalnej pieczy zastępczej - ponosi odpowiednio placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna albo interwencyjny ośrodek preadopcyjny.
3. Do świadczeń objętych częściową odpłatnością należą:
 - a) świadczenia określone w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj.: świadczenia związane z wyżywieniem i zakwaterowaniem dla osób przebywających w zakładzie opiekuńczo leczniczym udzielającym świadczeń całodobowych,
 - b) świadczenia ponadstandardowe, tj.: wykraczające poza wymienione i scharakteryzowane w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dopuszcza się odpłatne udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3 ,o ile nie będzie to naruszać przepisów regulujących funkcjonowanie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
5. Podstawą udzielenia świadczenia jest pisemna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na świadczenia zdrowotne określone w ust. 1 wyrażona w formie pisemnego oświadczenia - dokumentu wewnętrznego Szpitala. Brak powyższej zgody skutkuje nie, możliwością udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wzór oświadczenia pacjenta – zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na zabieg medyczny, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
6. Przed przystąpieniem do udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent obowiązany jest do przekazania Szpitalowi wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej związanej z udzielanym świadczeniem, w szczególności: wyniki badań, zdjęcia, opisy, rozpoznania.
7. Pacjent lub jego pełnomocnik wyraża jednocześnie pisemną zgodę na wykonanie określonego świadczenia zdrowotnego oraz wszelkich innych procedur medycznych, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie realizacji świadczenia diagnostycznego lub terapeutycznego, podpisując formularz zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na zabieg medyczny wymieniony w ust. 5 niniejszego paragrafu.

§ 2

1. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia jest informowany o jego cenie.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - a) umowy Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. z pracodawcą pacjenta – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w tej umowie, a pacjent - pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany jego kosztami,
 - b) umowy Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. z Partnerem Medycznym tj. osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobą prawną lub jednostką organizacyjną, której przepisy szczególne przyznają osobowość prawną, albo towarzystwem ubezpieczeń – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w tej umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany jego kosztami,
 - c) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
3. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, o których mowa w ust. 2 lit. c, pacjent ma możliwość uregulowania należności za udzielenie świadczenia zdrowotnego przed rozpoczęciem lub po zakończeniu jego udzielania.
4. Zapłaty za odpłatne świadczenia zdrowotne uiszczana jest wpłatą gotówkową za pokwitowaniem w kasach zlokalizowanych w siedzibie Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. i podlega rejestracji przy użyciu kasy fiskalnej.
5. Na wyraźny wniosek pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
6. W przypadku niewystawienia faktury VAT, przychód ewidencjonowany jest w rejestrze sprzedaży nieudokumentowanej.
7. Organizacja procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odpłatnego jest tożsama z organizacją wszystkich pozostałych świadczeń opisanych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.
8. Zmiana sposobu postępowania medycznego wynikająca z istotnych wskazań medycznych nie stanowi podstawy do zwrotu opłaty wniesionej przez pacjenta.

§ 3

Wysokość opłat, o których mowa w §1 ust. 1 uregulowana jest w cenniku obowiązującym w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., który stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

§4

1. W zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital pacjentom przysługują uprawnienia wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w

szczegółności z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku – o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012r., poz. 159 ze zmianami).

2. Pacjenci zobowiązani są do przestrzegania warunków zawartych w niniejszym Regulaminie i zarządzeniach Kierownika Szpitala, regulowania należności za świadczenia zdrowotne odpłatne.

Pieczęć pracowni/oddziału

miejsceowość data.....

**Oświadczenie o zgodzie na udzielenie współfinansowanego świadczenia zdrowotnego /
diagnostycznego ***

[W wypadku pacjenta niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody, oświadczenie zgody składa jego pełnomocnik ustawowy (oświadczenie opiekuna faktycznego może być złożone, gdy chodzi o badanie pacjenta nie przedstawiające podwyższonego ryzyka). W wypadku niepełnoletniego, który ukończył 16 r.ż., lub ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swego stosunku do leczenia, oświadczenie składają oba podmioty.]

Dane pacjenta:

Imię.....

Nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego, gdy został ustanowiony:

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że mając możliwość zadawania pytań i po udzieleniu mi wyczerpującej informacji

w dniu..... przez lekarza leczącego/wykonującego
badanie...../zabieg

(dane lekarza/oddziału).....

(poniżej należy wpisać tak lub nie)

- o stanie mego stanu zdrowia i rozpoznaniu (lub podejrzeniu rodzaju zaburzeń).....
- o możliwościach leczenia i rokowaniu.....
- o wskazanej dla mnie metodzie leczenia/badania, jej celu, przewidywanym efekcie.....
- o możliwościach działania ubocznego, niepożądanego zastosowanej metody.....
- o skutkach zaniechania leczenia.....
- o możliwości potrzeby zmiany leczenia.....
- oraz odpowiedzi lekarza na moje pytania
- rozpoznanie/podejrzenie (wpisać szczegółowo)

.....
**Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam/-em, przyjąłam/-jąłem do wiadomości i wyrażam zgodę na wybraną dla
mnie: (wymienić jaką).....jako metodę leczenia/badania.**

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

Podpis lekarza odbierającego oświadczenie.....

