



Wojewódzki Szpital Dziecięcy

im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

tel. 52 32 62 100 • faks 52 32 62 101

www.wsd.org.pl

ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH PRZEZ WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY I POBIERANIA OPŁAT W WYSOKOŚCI OKREŚLONEJ W CENNIKACH USŁUG MEDYCZNYCH

§ 1

1. Pacjentom do 18 roku życia udzielane są bezpłatne świadczenie zdrowotne w przypadku leczenia planowego na podstawie skierowania i w stanach nagłych.
2. Warunkiem poprawnej realizacji rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonanych przez WSD procedur medycznych, konieczne jest przedstawienie przez opiekuna prawnego pacjenta, przy przyjęciu do WSD następujących dokumentów:
 - nr PESEL pacjenta (jeżeli nadano),
 - nr PESEL matki pacjenta- do momentu uzyskania przez dziecko własnego numeru PESEL,
 - dokument tożsamości,w przypadku obywateli UE/krajów EFTA - karta EKUZ pacjenta lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ, Formularz E106 dotyczący uprawnień do świadczeń dla osób mieszkających w państwie innym niż państwo właściwe, a podlegającym ustawodawstwu polskiemu, Formularz E109/S1 dla członków rodziny mieszkających na terytorium RP, których główny ubezpieczony mieszka i jest ubezpieczony poza terytorium RP (karta EKUZ nie uprawnia do planowego leczenia).
3. Weryfikacja zgłoszenia pacjenta do ubezpieczenia zdrowotnego, następuje na podstawie sprawdzenia danych w systemie eWUŚ.
4. Pacjent ma także możliwość potwierdzenia prawa do świadczeń na podstawie:
 - dokumentu potwierdzającego odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
 - druku ZCNA/ZZNA, potwierdzającym zgłoszenie dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Jeżeli pacjent nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń składa oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (w przypadku pacjenta małoletniego oraz nieposiadającego pełnej zdolności do czynności prawnych w/w oświadczenie składane jest przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego). W tym przypadku pacjent musi mieć nadany nr PESEL.
6. Natomiast w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie w/w oświadczenia – osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia:
 - a) w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) a jeżeli świadczenie to udzielane jest w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych świadczeń (nie dotyczy pacjenta do 18 r. ż oraz kobiet w okresie ciąży i połogu).

§ 2

1. W przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentowi hospitalizowanemu, którego opiekun prawny jest osobą bezdomną lub nie posiadającą dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów



o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie specjalistę ds. rehabilitacji społecznej.

2. Specjalista ds. rehabilitacji społecznej współpracuje z instytucjami określonymi w ustawie o pomocy społecznej i innych przepisach, które zobowiązane są do przyznawania osobom, o których mowa w ust. 1, różnych form pomocy społecznej, w szczególności:
 - zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne,
 - opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne za osobę bezdomną objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności,
 - potwierdzenia prawa do świadczeń, wydanego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na rzecz osoby spełniającej kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej.
3. Specjalista ds. rehabilitacji społecznej ponosi odpowiedzialność za prawidłową realizację zadań, o których mowa w ust. 2.

§ 3

Cennik opłat za udzielane świadczenia zdrowotne ustalany jest przez Dyrektora w drodze zarządzenia.

WSD określa wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w poszczególnych cennikach odrębnych dla danej komórki organizacyjnej:

1. Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej,
2. Laboratorium Mikrobiologicznego,
3. Pracowni Neurofizjologii Klinicznej,
4. Pracowni Rentgenodiagnostyki,
5. Pracowni Ultrasonografii,
6. Pracowni Diagnostyki Nieinwazyjnej Układu Krążenia,
7. Pracowni Densytometrii Klinicznej,
8. Pracowni Endoskopii,
9. Pracowni Tomografii Komputerowej,
10. Pracowni Rezonansu Magnetycznego,
11. Izby Przyjęć.

WSD aktualne cenniki udostępnia świadczeniobiorcom na stronie internetowej pod adresem www.wsd.org.pl (nie dotyczy kontrahentów objętych umowami obustronnymi).

§ 4

Świadczeniodawca na podstawie ustalonego cennika pobiera opłaty w przypadku:

1. Udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie skierowania z jednostki uprawnionej, która zawarła umowę ze Szpitalem na udzielanie usług medycznych, nie podlegających rozliczeniu przez WSD w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Koszty ponosi jednostka zlecająca świadczenie, pod warunkiem, że na skierowaniu nie jest zawarte zastrzeżenie o wykonaniu świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy.
2. Udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie skierowania jednostki uprawnionej, która posiada zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie usług medycznych, która nie zawarła umowy ze WSD na udzielanie usług medycznych nie podlegających rozliczeniu przez WSD w ramach umów zawartych z NFZ. Koszty ponosi jednostka zlecająca świadczenie, pod warunkiem, że na skierowaniu:
 - nie jest zawarte zastrzeżenie o wykonaniu świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy,
 - jednostka wyraża zgodę na wykonanie świadczenia zdrowotnego.
3. Udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w WSD, w szczególności na rzecz:
 - a) cudzoziemców nieuprawnionych na podstawie umów międzynarodowych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
 - b) obywatelom państwa członkowskiego Unii Europejskiej/Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu – w przypadku braku dokumentu potwierdzającego fakt ubezpieczenia, pacjentom powyżej 18 r. ż., w zakresie badań diagnostycznych;w wysokości wynikającej z wyceny świadczeń JGP i innych – na podstawie katalogów świadczeń NFZ obowiązujących w dniu zakończenia świadczenia.



Województwo
Kujawsko-Pomorskie