**CENNIK USŁUG MEDYCZNYCH I NIEMEDYCZNYCH**

**świadczonych przez**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

**Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie**

**INFORMACJE OGÓLNE**

1.Świadczenia medyczne i usługi ponadstandardowe zawarte w cenniku są świadczeniami dobrowolnymi i nie są objęte refundacją Narodowego Funduszu Zdrowia.

2.Cennik obowiązuje:

A. pacjentów indywidualnych w zakresie lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o oraz diagnostyki, którzy wnoszą opłaty za usługi medyczne w następujących przypadkach:

1) pacjenci nieubezpieczeni,

2) pacjenci ubezpieczeni zgłaszający się na badania diagnostyczne ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który nie zawarł stosownej umowy ze Szpitalem w zakresie diagnostyki,

3) pacjenci chcący uzyskać świadczenie zdrowotne na własne żądanie, bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym uzyskanie świadczenia zdrowotnego przez pacjenta nie może naruszać ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 2016 poz. 1793 z późn. zm.),

4) pacjenci zobowiązani do pokrycia kosztów hospitalizacji w przypadku braku potwierdzenia

prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie dokumentu elektronicznego – w systemie eWUŚ lub nie złożenia pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej,

5) pacjenci zobowiązani do pokrycia kosztów pomocy ambulatoryjnej, w przypadku braku

potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie dokumentu elektronicznego – w systemie eWUŚ lub nie złożenia pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej lub w przypadku braku skierowania,

6) pacjenci ubezpieczeni w różnych firmach ubezpieczeniowych. Pacjent odzyskuje zwrot kosztów od firmy ubezpieczeniowej we własnym zakresie,

7) w stanach nagłych w przypadkach opisanych w ust. 2A pkt. 4,5 i 6 pacjent ma prawo do zwrotu kosztów leczenia w przypadku przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielenia świadczenia, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia jego zakończenia,

8) pacjenci ubezpieczeni ponoszą całkowitą lub częściową odpłatność za korzystanie ze środków transportu sanitarnego zleconego przez lekarza, jeżeli transport ten nie wynika z potrzeby zachowania ciągłości leczenia oraz dysfunkcji narządu ruchu, uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego.

B. Podmioty gospodarcze w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i diagnostyki, którzy wnoszą opłaty w następstwie podpisanej ze Szpitalem umowy za udzielone świadczenia zdrowotne dla kierowanych przez siebie pacjentów w zakresie:

1) konsultacji specjalistycznych,

2) porad specjalistycznych,

3) badań diagnostycznych.

3. Cennik obowiązuje również obcokrajowców i obywateli polskich i odprowadzających składki na ubezpieczenie zdrowotne poza granicami Polski, ale nie posiadają uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

4. Zgodnie z Ustawą z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług świadczenia opieki zdrowotnej podlegają:

1) zwolnieniu z podatku VAT w przypadku usług związanych z profilaktyką, zachowaniem,

ratowaniem, przywracaniem i poprawą zdrowia oraz dostawą towarów i świadczeniem usług ściśle z tymi usługami związanymi,

2) naliczeniu podatku VAT w przypadku usług nie związanych z profilaktyką, zachowaniem,

ratowaniem, przywracaniem i poprawą zdrowia oraz dostawą towarów i świadczeniem usług ściśle z tymi usługami związanymi.

5.Cennik nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego oraz innych właściwych

przepisów prawnych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **HOSPITALIZACJA** |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena osobodnia** |
| 1 | 231 | Oddział wewnętrzny ul. Mirowska | wartość 1 osobodnia | 367,00 zł |
| 2 | 232 | Oddział chirurgii ogólnej | wartość 1 osobodnia | 740,00 zł |
| 3 | 233 | Oddział anest. i intens. terapii ul. Mirowska | wartość 1 osobodnia | 2 062,00 zł |
| 4 | 234 | Oddział urologii | wartość 1 osobodnia | 853,00 zł |
| 5 | 235 | Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej | wartość 1 osobodnia | 1293,00 zł |
| 6 | 236 | Oddział neurologiczny | wartość 1 osobodnia | 476,00 zł |
| 7 | 237 | Oddział gruźlicy i chorób płuc | wartość 1 osobodnia | 314,00 zł |
| 8 | 238 | Oddział wewnętrzny ul. Mickiewicza | wartość 1 osobodnia | 326,00 zł |
| 9 | 239 | Oddział neonatologii | wartość 1 osobodnia | 620,00 zł |
| 10 | 240 | Oddział ginekologiczno-położniczy | wartość 1 osobodnia | 1 128,00 zł |
| 11 | 241 | Oddział pediatrii | wartość 1 osobodnia | 705,00 zł |
| 12 | 242 | Oddział dermatologiczny | wartość 1 osobodnia | 367,00 zł |
| 13 | 243 | Oddział geriatryczny | wartość 1 osobodnia | 406,00 zł |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena osobodnia** |
| 1 | 244 | Oddział rehabilitacji leczniczej | wartość 1 osobodnia | 340,00 zł |
| 2 | 245 | Zakład opiekuńczo leczniczy | wartość 1 osobodnia | 154,00 zł |
|  |  | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** |  |  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena brutto** |
| 1 | 248 | Pobyt w Szpitalnym Oddziale ratunkowym z zabiegami i diagnostyką podstawową (koszt 1 osobodnia do ceny osobodnia należy doliczyć diagnostykę TK,RM) \* | wartość 1 osobodnia | 1 700,00 zł |
| 2 | 266 | Pobyt w Szpitalnym Oddziale ratunkowym z zabiegami i diagnostyką podstawową (koszt 1 osobodnia do ceny osobodnia należy doliczyć diagnostykę TK,RM) \* | Pobyt do 12 godzin | 850,00zł |
| 3 | 249 | Porada w SOR wraz z jedną dodatkową konsultacją specjalistyczną oraz z podstawowymi badaniami diagnostycznymi. Każda kolejna konsultacja odpłatna dodatkowo 120zł. TK oraz RM dodatkowo odpłatne \* |   | 470,00 zł |
| 4 | 250 | Konsultacja specjalistyczna pacjenta z oddziału szpitalnego innego podmiotu leczniczego (bez badań diagnostycznych) |   | 120,00 zł |
| 5 | 251 | Dodatkowe czynności zabiegowe wykonywane pacjentowi podczas konsultacji specjalistycznej |   | wg indywidualnej kalkulacji |

**\*Badania Tomografii Komputerowej oraz Rezonansu Magnetycznego wykonywane są przez podwykonawcę Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie firmę LUX MED sp. z o.o. . Ceny badań obowiązują pacjentów nieubezpieczonych**.

\* **w przypadku zabiegów operacyjnych koszty leczenia kalkuluje się indywidulanie ( według rzeczywiście poniesionych kosztów) dotyczy ( oddz. Ch. Urazowej, Ch. Ogólnej , Ginekologii)**

|  |  |
| --- | --- |
| **BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO** |  |
| **Lp.** | **Kod** | **Nazwa świadczenia**  | **Cena świadczenia** |
| 1. | 267 | MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego |  284,00 zł  |
| 2. | 268 | MR: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |  676,00 zł  |
| 3. | 269 | MR: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym  | 658,00 zł  |
| 4. | 270 | MR: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego  |  408,00 zł  |
| 5. | 271 | MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego |  481,00 zł  |
| 6. | 272 | MR: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  926,00 zł  |
| 7. | 273 | MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  534,00 zł  |
| 8. | 274 | MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  730,00 zł  |
| 9. | 275 | MR-badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym  |  682,00 zł  |
| 10. | 276 | angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego |  305,00 zł  |
| 11. | 277 | angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR |  782,00 zł  |
| 12. | 278 | MR- badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego |  284,00zł |
| 13. | 279 | MR- badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 534,00zł |
| 14. | 280 | MR – badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego  |  604,00zł |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ** |  |
|  |  |  |  |
| **Lp.** | **Kod** | **Nazwa świadczenia**  | **Cena świadczenia** |
| 1. | 281 | TK badanie głowy bez wzmocnieniem kontrastu |  151,00 zł  |
| 2. | 282 | TK badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastem |  244,00 zł  |
| 3. | 283 | TK badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  310,00 zł  |
| 4. | 284 | TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |  322,00 zł  |
| 5. | 285 | TK badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego |  169,00 zł  |
| 6. | 286 | TK badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym |  282,00 zł  |
| 7. | 287 | TK innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  366,00 zł  |
| 8. | 288 | TK innej okolicy anatomicznej bez kontrastu i co najmniej dwie fazy z kontrastem |   |
| 9. | 289 | TK badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego |  206,00 zł  |
| 10. | 290 | TK badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego |  242,00 zł  |
| 11. | 291 | TK badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym |  385,00 zł  |
| 12. | 292 | TK badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym |  424,00 zł  |
| 13. | 293 | TK badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  433,00 zł  |
| 14. | 294 | TK badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  497,00 zł  |
| 15. | 295 | TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |  374,00 zł  |
| 16. | 296 | TK Politrauma (TK głowy bez kontrastu, TK szyi bez kontrastu, TK klatki piersiowej i miednicy mniejszej z kontrastem) |  918,00 zł  |
| 17. | 308 | TK angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. Wieńcowych) | 416,00zł |
| 18. | 309 | TK angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów | 488,00zł |
| 19. | 310 | TK wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej | 364,00zł |
| 20. | 311 | TK badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego – także ze wzmocnieniem kontrastowym | 531,00zł |

Okolice anatomiczne stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne ( szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne, kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne.

|  |
| --- |
| **Inne usługi dla pacjentów nieubezpieczonych – pacjentów UE**  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena brutto** |
| 1 | 256 | Konsultacja specjalistyczna pacjenta z oddziału szpitalnego innego podmiotu leczniczego (bez badań diagnostycznych) |   | 150,00 zł |
| 2 | 257 | Opieka pielęgniarki lub położnej | za każdą godzinę | 70,00 zł |
| 3 | 258 | Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania |   | 60,00 zł |
| 4 | 259 | Obserwacja pacjenta |   | 60,00 zł |
| 5 | 260 | Toaleta ciała |   | 60,00 zł |
| 6 | 261 | Czyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania |   | 100,00 zł |
| 7 | 262 | Założenie opatrunku na ranę |   | 90,00 zł |
| 8 | 263 | Założenie szyny z gipsem |   | 100,00 zł |
| 9 | 264 | Cewnikowanie żył |   | 20,00 zł |
| 10 | 265 | Farmakoterapia dożylna |   | 100,00 zł |
| 11 | 312 | Znieczulenie miejscowe nasiękowe | +koszt podanego leku wg zlecenia lekarza | 60,00zł |
| 12 | 313 | Szycie rany | +koszt podanego leku wg zlecenia lekarza | 150,00zł |
| 13 | 314 | Farmakoterapia domięśniowa | +koszt podanego leku wg zlecenia lekarza | 50,00zł |
| 14 | 315 | Farmakoterapia podskórna | +koszt podanego leku wg zlecenia lekarza | 50,00zł |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa badania** | **Cena brutto** |
|   |   | **Badania RTG** |   |
| 1 | 50 | RTG klatki piersiowej | 42,00 zł |
| 2 | 51 | RTG klatki piersiowej plus bok | 57,00 zł |
| 3 | 52 | RTG jamy brzusznej (układ moczowy) | 42,00 zł |
| 4 | 53 | RTG czaszki | 42,00 zł |
| 5 | 54 | RTG zatok | 35,00 zł |
| 6 | 55 | RTG żeber, obojczyka | 40,00 zł |
| 7 | 56 | RTG kręgosłupa szyjnego (odcinek C) | 40,00 zł |
| 8 | 57 | RTG kręgosłupa piersiowego (odcienk Th) | 40,00 zł |
| 9 | 58 | RTG kręgosłupa lędźwiowego (odcinek L-S) | 45,00 zł |
| 10 | 59 | RTG stawu krzyżowo-biodrowego | 35,00 zł |
| 11 | 60 | RTG kości krzyżowej | 35,00 zł |
| 12 | 61 | RTG kręgosłupa (na stojąco) / inne | 40,00 zł |
| 13 | 62 | RTG kręgosłupa czynnościowe | 40,00 zł |
| 14 | 63 | RTG bioder, miednicy | 40,00 zł |
| 15 | 64 | RTG kolana | 52,00 zł |
| 16 | 65 | RTG obu kolan | 60,00 zł |
| 17 | 66 | RTG podudzia | 52,00 zł |
| 18 | 67 | RTG obu podudzi | 60,00 zł |
| 19 | 68 | RTG stawu skokowego | 40,00 zł |
| 20 | 69 | RTG obu stawów skokowych | 50,00 zł |
| 21 | 70 | RTG palca | 35,00 zł |
| 22 | 71 | RTG dłoni - jedna projekcja | 35,00 zł |
| 23 | 72 | RTG dłoni - dwie projekcje | 50,00 zł |
| 24 | 73 | RTG nadgarstka | 35,00 zł |
| 25 | 74 | RTG obu nadgarstków | 50,00 zł |
| 26 | 75 | RTG przedramienia - ręki | 40,00 zł |
| 27 | 76 | RTG obu przedramion | 60,00 zł |
| 28 | 77 | RTG barku | 40,00 zł |
| 29 | 78 | RTG łokcia | 40,00 zł |
| 30 | 79 | RTG obu łokci | 60,00 zł |
| 31 | 80 | RTG przełyku | 85,00 zł |
| 32 | 81 | RTG górnego odcinak przewodu pokarmowego (g.o.p.p.) | 120,00 zł |
| 33 | 82 | RT pasaż jelitowy | 170,00 zł |
| 34 | 83 | RTG inne | 40,00 zł |
| 35 | 84 | Wlew kontrastowy doodbytniczy | 160,00 zł |
| 36 | 85 | Urografia z kontrastem niejonowym (dla dorosłych) | 200,00 zł |
| 37 | 86 | Cystografia | 200,00 zł |
| 38 | 87 | Wydanie zdjęcia RTG na kliszy | 30,00 zł |
| 39 | 252 | Badania RTG na cito (dni świąteczne) dodatkowa opłata | 130,00 zł |
| 40 | 253 | Badania RTG na cito (dni powszednie 18 -8) dodatkowa opłata | 100,00 zł |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **KOD** | **Ultrasonografia** | **Cena brutto** |
| 1 | 88 | USG jamy brzusznej | 70,00 zł |
| 2 | 89 | USG jamy opłucnej | 70,00 zł |
| 3 | 90 | USG gruczołu piersiowego | 70,00 zł |
| 4 | 91 | USG tarczycy | 70,00 zł |
| 5 | 92 | USG tkanek miękkich | 70,00 zł |
| 6 | 93 | USG ginekologiczne miednicy małej | 70,00 zł |
| 7 | 94 | USG ginekologiczne przez pochwowe | 70,00 zł |
| 8 | 95 | USG położnicze metodą Dopplera (przepływy) | 110,00 zł |
| 9 | 96 | USG narządu ruchu | 70,00 zł |
| 10 | 97 | USG stawów biodrowych u dzieci | 70,00 zł |
| 11 | 98 | USG układu moczowego, nerek | 70,00 zł |
| 12 | 99 | USG transrektalne | 70,00 zł |
| 13 | 100 | USG jąder | 70,00 zł |
| 14 | 101 | USG badanie Dopplerowskie naczyń | 100,00 zł |
| 15 | 102 | USG inne nieujęte w pozostałych pozycjach | 70,00 zł |
| 16 | 103 | UKG echo + Doppler | 120,00 zł |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **KOD** | **Elektrokardiografia** | **Cena Brutto** |
| 1 | 104 | Badanie EKG z opisem | 40,00 zł |
| 2 | 105 | Badanie EKG wysiłkowe | 120,00 zł |
| 3 | 106 | Holter | 120,00 zł |
|   |   |   |   |
| **Lp** | **KOD** | **EEG** | **Cena Brutto** |
| 1 | 107 | Elektroencefalografia EEG | 100,00 zł |
| 2 | 108 | Wzrokowe potencjały wywołane | 100,00 zł |
|   |   |   |   |
| **Lp** | **KOD** | **Badania UDP** | **Cena Brutto** |
| 1 | 109 | UDP wewnątrzczaszkowe | 90,00 zł |
| 2 | 110 | UDP przedczaszkowe | 90,00 zł |
| 3 | 111 | UDP wewnątrzczaszkowe i przedczaszkowe podczas jednego badania | 100,00 zł |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **KOD** | **Badania EMG** | **Cena brutto** |
| 1 | 112 | Elektroneurografia - pojedyncze badanie stymulacyjne (mononeuropatia) | 80,00 zł |
| 2 | 113 | Elektroneurografia - splot barkowy | 90,00 zł |
| 3 | 114 | Elektroneurografia - jeden nerw czuciowy | 40,00 zł |
| 4 | 115 | Elektroneurografia - inny nerw ruchowy z falą F | 40,00 zł |
| 5 | 116 | Elektroneurografia - nerw łokciowy | 40,00 zł |
| 6 | 117 | Elektroneurografia - badanie stymulacyjne co najmniej 4 nerwów (polineuropatia) | 170,00 zł |
| 7 | 118 | Elektroneurografia - nerw piszczelowy | 40,00 zł |
| 8 | 119 | Elektroneurografia - próba miasteniczna | 60,00 zł |
| 9 | 120 | Elektroneurografia - nerw strzałkowy | 40,00 zł |
| 10 | 121 | Elektroneurografia - nerw pośrodkowy | 40,00 zł |
| 11 | 122 | Elektroneurografia - nerw udowy | 40,00 zł |
| 12 | 123 | Elektromiografia - 1 mięsień | 60,00 zł |
| 13 | 124 | Elektromiografia - badania mięśni (co najmniej 4) | 150,00 zł |
| 14 | 125 | Elektromiografia - próba tężyczkowa | 90,00 zł |
| 15 | 126 | Elektromiografia - uszkodzenia nerwów i mięśni SLA | 220,00 zł |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  **Pracownia Endoskopii** |  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa badania** | **Cena brutto** |
| 1 | 127 | Gastroskopia diagnostyczna | 200,00 zł |
| 2 | 128 | Gastroskopia z wykonaniem testu ureazowego | 250,00 zł |
| 3 | 129 | Gastroskopia z biopsją i badaniem histopatologicznym | 300,00 zł |
| 4 | 130 | Gastroskopia z polipektomią w g.o.p.p z badaniem histopatologicznym | 400,00 zł |
| 5 | 131 | Kolonoskopia diagnostyczna | 400,00 zł |
| 6 | 132 | Kolonoskopia z biopsją i badaniem histopatologicznym | 450,00 zł |
| 7 | 133 | Kolonoskopia z polipektomią standardową | 500,00 zł |
| 8 | 134 | Znieczulenie do zabiegu endoskopowego | 160,00 zł |

|  |
| --- |
| **ZAKŁAD REHABILITACJI** |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa Badania** | **Cena brutto** |
| 1 | 135 | Ćwiczenia indywidualne z rehabilitantem(dostosowane do rodzaju schorzenia) czas trwania do 30 minut. | 25,00 zł |
| 2 |  307 | Ćwiczenia indywidualne(dostosowane do rodzaju schorzenia) czas trwania powyżej do 60 minut. | 45,00 zł |
| 3 | 137 | Ćwiczenia czynne w odciążeniu 15-20 minut (UGUL) | 11,00 zł |
| 4 | 137 | Ćwiczenia czynne z oporem 15-20 minut | 11,00 zł |
| 5 |  297 | Ćwiczenia ogólnousprawniające zespołowe ( do 5 osób koszt na osobę) | 11,00 zł |
| 6 | 136 | Ćwiczenia wspomagane 15-20 minut | 11,00 zł |
| 7 | 138 | Ćwiczenia izometryczne 15-20 minut | 11,00 zł |
| 8 |  298 | Pionizacja i nauka poruszania się | 15,00 zł |
| 9 | 139 | Masaż leczniczy częściowy (klasyczny) | 25,00 zł |
| 10 | 140 | Masaż leczniczy kręgosłupa (klasyczny) | 45,00 zł |
| 11 | 141 | Masaż limfatyczny ręczny (częściowy) | 30,00 zł |
| 12 | 142 | Galwanizacja | 10,00 zł |
| 13 | 143 | Jonoforeza | 15zł +leki |
| 14 | 144 | Elektrostymulacja | 15,00 zł |
| 15 | 145 | Prądy diadynamiczne | 13,00 zł |
| 16 | 146 | Prądy interferencyjne | 13,00 zł |
| 17 | 147 | Prądy TENS | 13,00 zł |
| 18 | 148 | Prądy Traberta 15 minut | 13,00 zł |
| 19 | 149 | Prądy Kotza 15-20 minut | 13,00 zł |
| 20 | 150 | Ultradźwięki miejscowe | 15,00 zł |
| 21 | 151 | Pole magnetyczne | 15,00 zł |
| 22 | 152 | Laser ze skanerem 15 minut | 15,00 zł |
| 23 | 153 | Laser punktowy 5-15 minut | 10,00 zł |
| 24 | 154 | Lampa Solux 15 minut | 9,00 zł |
| 25 | 246 | Lampa Sunlamp 70 | 10,00 zł |
| 26 | 247 | Krioterapia miejscowa do 3 minut | 15,00 zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena Brutto**  |
| 1 | 161 | Spirometria |   |  35,00 zł  |
| 2 | 162 | Odczyn Tuberkulinowy |   |  17,00 zł  |
| 3 | 163 | Bronchofiberoskopia |   |  240,00 zł  |

|  |
| --- |
| **Badania bakteriologiczne w Pracowni Prątka Kocha** |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena Brutto**  |
| 1 | 164 | Posiew i preparat mikroskopowy - plwocina |   |  20,00 zł  |
| 2 | 165 | Posiew i preparat mikroskopowy - popłuczyny oskrzelowo- pęcherzykowe |   |  20,00 zł  |
| 3 | 166 | Posiew i preparat mikroskopowy- płyny z jam ciała  |   |  20,00 zł  |
| 4 | 167 | Posiew i preparat mikroskopowy - płyn mózgowo- rdzeniowy |   |  20,00 zł  |
| 5 | 168 | Posiew i preparat mikroskopowy - mocz |   |  20,00 zł  |
| 6 | 169 | Posiew i preparat mikroskopowy- pozostałe materiały |   |  20,00 zł  |
| 7 | 170 | Identyfikacja biochemiczna- test niacynowy  |   |  12,00 zł  |
| 8 | 171 | Lekowrażliwość na podstawie chemioterapeutyki  |   |  60,00 zł  |

**Procedury wykonywane w Poradni Dermatologicznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **KOD** | **Rodzaj Usługi** | **Cena świadczenia** |
| 1 | 316 | Elektrokoagulacja zmian skórnych - 1 zmiana |  70,00 zł  |
| 2 | 317 | Elektrokoagulacja zmian skórnych - każda następna zmiana |  60,00 zł  |
| 3 | 318 | Zamrażanie podtlenkiem azotu- 1 zmiana |  60,00 zł  |
| 4 | 319 | Zamrażanie podtlenkiem azotu- każda następna zmiana |  50,00 zł  |
| 5 | 320 | Fototerapia i fotochemioterapia ogólna |  120,00 zł  |
| 6 | 321 | Fototerapia i fotochemioterapia miejscowa |  60,00 zł  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | Cena brutto( w zł) usługi z 23% VAT, nie związane z profilaktyką zachowaniem, ratowaniem, przywracaniem i poprawą stanu zdrowia |
| 1 | 209 | Opłata za każdą rozpoczętą dobę za pobyt rodzica/opiekuna dziecka na oddziale pediatrycznym |   | 0,00 zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** |   |
| 1 | 308 | Miesięczna opłata dla za gotowość do udzielania świadczeń (ryczałt) 10% wartości sumy badań jednostkowych zawartych w umowie, jednak nie mniej niż 100,00zł (dotyczy umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi | zgodnie z zawartymi umowami |  xxxxxxxxx |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | Cena Brutto z Vat za 1 km |
| 1 | 206 | Transport sanitarny za 1 km (liczona również droga powrotna) za każdą rozpoczętą godzinę – Bez obsady medycznej | Transport sanitarny pacjenta do domu częściowo odpłatny lub odpłatny 60% lub 100% zgodnie z art. 41 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych | 5,80zł (koszt wyjazdu nie mniejszy niż 40zł) |
| 2 | 254 | Transport sanitarny za 1 km (liczona również droga powrotna) za każdą rozpoczętą godzinę – z ratownikiem | Transport sanitarny pacjenta do domu częściowo odpłatny lub odpłatny 60% lub 100% zgodnie z art. 41 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych | 7,00zł (koszt wyjazdu nie mniejszy niż 60zł) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa** | **Opis** | **Cena brutto** |
| 1 | 255 | Ambulatoryjna porada/konsultacja specjalistyczna | bez badań diagnostycznych | 120zł |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **STERYLIZACJA** |  |  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa badania** | **Opis** | **Cena netto za 1 pkt + Podatek Vat 23%** |
| 1 | 301 | Sterylizacja  | zestaw duży (2 tace)- 20 pkt |  4,00 zł  |
| 2 | 302 | Sterylizacja  | zestaw duży (1 taca)- 15 pkt |  4,00 zł  |
| 3 | 303 | Sterylizacja  | zestaw średni - 10 pkt |  4,00 zł  |
| 4 | 304 | Sterylizacja  | zestaw mały 6 pkt |  4,00 zł  |
| 5 | 305 | Sterylizacja  | narzędzia pojedyncze 3 pkt |  4,00 zł  |
| 6 | 306 | Sterylizacja  | opatrunki 2 pkt |  4,00 zł  |

**OPŁATA ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

* Zgodnie z obowiązującymi przepisami

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Cennik Opłat parkingowych** |  |
| **Lp.** | **KOD** | **Nazwa badania** | **Cena brutto** |
| 1 |  299 | do 10 minut | bezpłatnie |
|  2 |  300 | powyżej 10 minut | 5,00 zł |
| 3 | 29 | Karta parkingowa | 27,00zł |
| 4 | 31 | Opłata abonamentowa dla pracowników MSZ oraz firm/jednostek współpracujących ze szpitalem na podstawie zawartych umów :1. Opłata za 1 miesiąc
 | 5,00zł |
| 5 | 30 | Opłata abonamentowa dla pracowników MSZ oraz firm/jednostek współpracujących ze szpitalem na podstawie zawartych umów :1. Opłata za 3 miesiące
 | 10,00zł |
| 6 | 36 | Opłata abonamentowa dla pracowników MSZ oraz firm/jednostek współpracujących ze szpitalem na podstawie zawartych umów1. Opłata za 9 miesięcy
 | 30,00zł |
| 7 |  | Opłata abonamentowa dla pozostałych firm/jednostek 1. Opłata za 1 miesiąc
 | 10,00zł |
| 8 |  | Opłata abonamentowa dla pozostałych firm/jednostek 1. Opłata za 3 miesiące
 | 30,00zł |
| 9 |  | Opłata abonamentowa dla pozostałych firm/jednostek 1. Opłata za 9 miesięcy
 | 120,00zł |

**Usługi niemedyczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj Usługi** | **Cena netto(w zł)** |
| 1 | Przygotowanie informacji dla Zakładów Ubezpieczeń |  25,00 zł  |
| 2 | Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia pacjenta wydawane dla Zakładów Ubezpieczeń |  30,00 zł  |
| **Do podanych powyżej cen doliczane są koszty przesyłki (wartość listu poleconego)** |
| **Do podanych powyżej cen doliczany jest podatek VAT w stawce podstawowej aktualnie obowiązującej** |

**Ceny usług nie wymienione w cenniku a świadczone przez Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie będą ustalane w drodze indywidualnych wycen.**