

Załącznik nr 10
do Regulaminu Organizacyjnego
Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii
i Hematologii we Wrocławiu

**CENNIK USŁUG
MEDYCZNYCH I NIEMEDYCZNYCH
DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII,
PULMONOLOGII I HEMATOLOGII**

Stan na dzień 01.11.2024 r.

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

Cennik obowiązuje:

a) **pacjentów indywidualnych** - w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego oraz diagnostyki, którzy wnoszą opłaty za usługi medyczne w następujących przypadkach:

- pacjenci nieubezpieczeni,
- pacjenci chcący uzyskać świadczenie zdrowotne na własne żądanie, bez skierowania do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym uzyskanie świadczenia zdrowotnego przez pacjenta nie może naruszać ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- pacjenci zobowiązani do pokrycia kosztów hospitalizacji, jeżeli nie przedstawią dowodu ubezpieczenia zdrowotnego w wymaganym ustawowo terminie 7 dni od zakończenia hospitalizacji lub nie złożyli oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na wzorze zgodnym ze wzorem NFZ,
- pacjenci zobowiązani do pokrycia kosztów pomocy ambulatoryjnej, jeżeli nie posiadali przy sobie ubezpieczenia lub skierowania w dniu udzielania świadczenia lub nie złożyli oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na wzorze zgodnym ze wzorem NFZ,
- pacjenci ubezpieczeni w różnych firmach ubezpieczeniowych- pacjent odzyskuje zwrot kosztów od firmy ubezpieczeniowej we własnym zakresie.

Pacjent ma prawo do zwrotu kosztów leczenia, jeżeli okaże wymagany, ważny w dniu świadczenia, dowód ubezpieczenia zdrowotnego w późniejszym terminie. W przypadku zwrotu kosztów leczenia pacjent powinien zostać zgłoszony do rozliczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia.

b) **podmioty gospodarcze** - w zakresie leczenia ambulatoryjnego i diagnostyki, którzy wnoszą opłaty w następstwie podpisanej z Centrum umowy, za udzielone świadczenia zdrowotne dla kierowanych przez siebie pacjentów w zakresie:

- konsultacji specjalistycznych,
- konsultacji w poradniach specjalistycznych w trakcie hospitalizacji pacjenta w swojej jednostce,
- badań diagnostycznych i laboratoryjnych.

W przypadku badań diagnostycznych i laboratoryjnych zlecanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach dwustronnych umów ceny mogą się różnić od cen cennikowych. Na ewentualne różnice cenowe ma wpływ ilość zlecanych badań z danej jednostki, która podlega indywidualnej kalkulacji.

W sytuacji podjęcia przez lekarza w trakcie wizyty decyzji o konieczności hospitalizacji pacjenta nieubezpieczonego, jest on o tym informowany, jak również o zasadach odpłatności za te świadczenia. Świadczenia te podlegają indywidualnej kalkulacji przez Dział Sprzedaży Usług w porozumieniu z Działem Rachunkowości Zarządczej i Controllingu.

Świadczenia zdrowotne, za które są pobierane opłaty są udzielane z poszanowaniem kolejności zgłoszeń i prowadzonych list oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Świadczenia zdrowotne, o których mowa wyżej udzielane są w lokalizacjach:

- 1) Wrocław, 53-413, pl. Ludwika Hirszfelda 12,
- 2) Wrocław, 53-439, ul. Grabiszyńska 105,
- 3) Wrocław, 54-049, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 6,
- 4) Legnica, 59-220, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5,
- 5) Jelenia Góra, 58-500, ul. Michała Kleofasa Ogińskiego 6,
- 6) Oborniki Śląskie, 55-120, ul. Ksawerego Dunikowskiego 2-8,
- 7) Oborniki Śląskie, 55-120, ul. Trzebnicka 3-5,
- 8) Wrocław, 53-674, Legnicka 40.

Poniższe ceny są cenami brutto ze stawką VAT zwolnioną, zgodnie z art. 43, ust. 1, pkt 18 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług i dotyczą usług w zakresie opieki medycznej służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

W sytuacjach określonych w art. 43, ust. 17 ustawy tj. nabycia usług w celach innych (np. na zlecenie ZUS, instytucji ubezpieczeniowych, sądów itp.) doliczony będzie podatek VAT według obowiązującej stawki.

Ustalenie dla jakich celów pacjent nabywa świadczenie winno być dokonane w drodze złożenia przez niego oświadczenia o celu nabycia świadczeń medycznych.

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

L.P. RODZAJ PROCEDURY CENA LOKALIZACJA

1- UL. HIRSZFELDA

2- UL. GRABISZYŃSKA

Badania biochemiczne

	1	Albumina	13,00 zł	1, 2	
	2	Fosfataza alkaliczna (ALP)	13,00 zł	1, 2	
	3	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	13,00 zł	1, 2	
	4	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	13,00 zł	1, 2	
	5	Amylaza	14,00 zł	1, 2	
	6	Białko całkowite	12,00 zł	1, 2	
	7	Bilirubina całkowita	14,00 zł	1, 2	
8		Bilirubina frakcje (całkowita, pośrednia, bezpośrednia)	23,00 zł		1, 2
	9	Chlorek (Cl)	12,00 zł	1, 2	
	10	Cholesterol całkowity	14,00 zł	1, 2	
	11	Cholesterol HDL	15,00 zł	1, 2	
	12	Białko C-reaktywne (CRP)	22,00 zł	1, 2	
	13	Elektrolity (sód, potas, chlorek)	21,00 zł	1, 2	
	14	Fosforan nieorganiczny	14,00 zł	1, 2	
	15	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)	13,00 zł	1, 2	
	16	Glukoza	12,00 zł	1, 2	
	17	Glukoza we krwi włosniczkowej	13,00 zł	1, 2	
18		Gospodarka żelazowa (Fe, UIBC, TIBC, wskaźnik wysycenia żelazem transferyny)	29,00 zł	1, 2	
	19	Kinaza fosfokreatynowa (CK)	18,00 zł	1, 2	
	20	Kreatynina (i wyliczany eGFR)	13,00 zł	1, 2	
	21	Kwas moczowy	13,00 zł	1, 2	
	22	Dehydrogenaza mleczkowa (LDH)	14,00 zł	1, 2	
	23	Lipaza	23,00 zł	1, 2	
!4		Profil lipidowy (cholesterol: całkowity, HDL, LDL obliczony, nie-HDL obliczony)	28,00 zł		1, 2
	25	Magnez całkowity (Mg)	14,00 zł	1, 2	
	26	Mocznik	13,00 zł	1, 2	
	27	Potas (K)	12,00 zł	1, 2	
	28	Sód (Na)	12,00 zł	1, 2	
	29	Triglicerydy	14,00 zł	1, 2	
30		Wapń (Ca) skorygowany (wapń całkowity, albumina)	23,00 zł		1, 2
	31	Wapń zjonizowany (Ca ²⁺)	35,00 zł	1, 2	
32		Żelazo - utajona zdolność wiązania (UIBC)/(TIBC)	15,00 zł		1,2
	33	Żelazo (Fe)	14,00 zł	1, 2	

Badanie moczu, kału

	34	Badanie ogólne moczu	28,00 zł	1, 2	
	35	Albumina w moczu	13,00 zł	2	
	36	Amylaza w moczu	14,00 zł	1	
	37	Białko w moczu	14,00 zł	1, 2	
	38	Chlorek (Cl) w moczu	12,00 zł	1	
39		Fosforan nieorganiczny w moczu	14,00 zł		1, 2

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI HEMATOONKOLOGICZNEJ

L.P. RODZAJ PROCEDURY CENA LOKALIZACJA

1- UL. HIRSZFELDA

2- UL. GRABISZYŃSKA

4- UL. FIELDORFA

Badania cytogenetyczne

	1	Kariotyp GTG	1 200,00 zł	4
	2	clgFISH panel podstawowy	1 700,00 zł	4
	3	clgFISH pojedyncza sonda*	1 350,00 zł	4
	4	AML pełen panel (16 sond)	2 400,00 zł	4
	5	ALL-B pełen panel (5 sond)	1 350,00 zł	4
	6	ALL-T pełen panel (6 sond)	1 600,00 zł	4
	7	APL pełen panel (2 sondy)	790,00 zł	4
	8	MDS pełen panel (9 sond)	1 480,00 zł	4
	9	MPN pełen panel (12 sond)	1 950,00 zł	4
	10	Chimeryzm XY (1 sonda)	600,00 zł	4
	11	CML pełen panel (4 sondy)	900,00 zł	4
12		aCML, CMML, CEL pełen panel (3 sondy)	850,00 zł	4
	13	CLL pełen panel (4 sondy)	900,00 zł	4
	14	NHL-B pełen panel (6 sond)	1 250,00 zł	4
	15	FISH pojedyncza sonda**	600,00 zł	4
16		Badanie ALK - badanie rearanżacji metodą FISH	900,00 zł	4
17		Badanie ROS1 - badanie rearanżacji metodą FISH	830,00 zł	4
	18	Badanie kodelekcji 1p/19q metodą FISH	640,00 zł	4
19		FISH tkanki (FFPE) pojedyncza sonda***	850,00 zł	4

Badania molekularne

	20	Monitorowanie chimeryzmu poprzesczepowego	1 580,00 zł	4
	21	Genotypowanie przedprzeszczepowe	2 430,00 zł	4
22		Badanie ekspresji genu fuzyjnego BCR::ABL1 (jakościowo)	950,00 zł	4
23		Monitorowanie genu fuzyjnego BCR::ABL1 (ilościowo)	950,00 zł	4
	24	Badanie mutacji w genach IDH1, IDH2	1 800,00 zł	4
	25	Badanie mutacji FLT3-ITD	500,00 zł	4
	26	Badanie mutacji w genie NPM1	550,00 zł	4
	27	Badanie mutacji V617F w genie JAK2	800,00 zł	4
28		Badanie ekspresji genu fuzyjnego PML::RARα (jakościowo)	450,00 zł	4
29		Badanie mutacji w genie łańcucha ciężkiego immunoglobulin (IgHV)	2 500,00 zł	4
	30	Badanie mutacji eksonu 9 genu CALR	550,00 zł	4
31		Badanie ekspresji genu fuzyjnego RUNX1::RUNX1T1 (jakościowo)	800,00 zł	4
32		Badanie ekspresji genu fuzyjnego CBFβ::MYH11 (jakościowo)	550,00 zł	4
	33	Badanie mutacji genu TP53 w obrębie eksonów 2-11	2 350,00 zł	4
	34	Badanie mutacji L265P w genie MYD88	850,00 zł	4
35		Badanie mutacji W515A, W515L, W515K i W515R w eksonie 10 genu MPL	550,00 zł	4
36		Badanie mutacji genu protrombiny (G20210A) oraz czynnika V Leiden (G1601A)	450,00 zł	4
	37	Badanie mutacji eksonu 12 genu JAK2	1 150,00 zł	4
	38	Badanie 30 fuzji genowych Q30	1 600,00 zł	4

LABORATORIUM BADANIA ANTYGENÓW ZGODNOŚCI TKANKOWEJ HLA

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Typowanie genetyczne na niskim poziomie rozdzielczości metodą PCR SSO/SSP - Typowanie HLA	430,00 zł	4
2	Typowanie genetyczne na niskim poziomie rozdzielczości metodą PCR SSO/SSP - Typowanie HLA	430,00 zł	4
3	Typowanie genetyczne na niskim poziomie rozdzielczości metodą PCR SSO/SSP - Typowanie HLA	430,00 zł	4
4	Typowanie genetyczne na niskim poziomie rozdzielczości metodą PCR SSO/SSP - Typowanie HLA	430,00 zł	4
5	Typowanie genetyczne na niskim poziomie rozdzielczości metodą PCR SSO/SSP - Typowanie HLA	360,00 zł	4
6	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości metodą PCR SBT/SSP - Typowanie HLA	1 185,00 zł	4
7	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości metodą PCR SBT/SSP - Typowanie HLA	1 185,00 zł	4
8	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości metodą PCR SBT/SSP - Typowanie HLA	1 092,00 zł	4
9	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości metodą PCR SBT/SSP - Typowanie HLA	1 119,00 zł	4
10	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości metodą PCR SBT/SSP - Typowanie HLA	991,00 zł	4
11	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości metodą PCR SBT/SSP - Typowanie HLA	950,00 zł	4
12	Typowanie genetyczne na wysokim poziomie rozdzielczości HLA klasy I Locus A w diagnostyce	1 098,00 zł	4
13	Czynności doborowe w tym ekspertyza (ocena szans na dobór i określenie ścieżki doboru)	800,00 zł	4
14	Oznaczanie genów kodujących receptory KIR	550,00 zł	4

PROCEDURY PRZESZCZEPOWE

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL.
1	Przeszczepienie autologicznych komórek	94 776,95	2

2	Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA*	223 012,20 zł	2
3	Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego*	445 927,42 zł	2
4	Dodatkowa opłata za każdy osobodzień pobytu powyżej 30 osobodni	1 420,75 zł	2

* Do wartości procedury należy dodać opłatę za każdy osobodzień powyżej 30 osobodni pobytu wg stawki wskazanej w Pkt 4 Procedur przeszczepowych

BIOPSJE SZPIKU

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA*	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL.
1	Aspiracyjna biopsja szpiku z mielogramem	850,00 zł	2
2	Trepanobiopsja szpiku kostnego	2 580,00 zł	2

* Cena nie zawiera kosztu konsultacji lekarskiej i badań wykonanych w Zakładzie Patomorfologii DCOPIH.

PRACOWNIA FIZJOPATOLOGII ODDYCHANIA

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL.
1	Badanie Spirometryczne	60,00 zł	2
2	Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową	130,00 zł	2
3	Badanie objętości płuc metodą pletyzmograficzną	250,00 zł	2
4	Pojemność dyfuzyjna płuc	150,00 zł	2

PRACOWNIA POLISOMNOGRAFICZNA

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL.
1	Badanie polisomnograficzne nadzorowane	2 600,00 zł	2

GABINET EKG

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA 3- OBORNIKI
------	------------------	------	---

1	Elektrokardiogram	35,00 zł	1
2	Spirometria natężona	55,00 zł	1, 3
3	Audiometria	30,00 zł	1

PRACOWNIA RTG

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA 3- OBORNIKI
1	RTG czaszki/ zatok nosa	80,00 zł	1, 2, 3
2	RTG kręgosłupa szyjnego	85,00 zł	1, 2, 3
3	RTG kręgosłupa piersiowego	85,00 zł	1, 2, 3
4	RTG kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego	90,00 zł	1, 2, 3
5	RTG żeber/ mostka/ obojczyków	85,00 zł	1, 2, 3
6	Rutynowe RTG klatki piersiowej	80,00 zł	1, 2, 3
7	Przyłózkowe RTG klatki piersiowej	80,00 zł	1, 2
8	Fistulografia	250,00 zł	1
9	Urografia	450,00 zł	1
10	Cystografia	300,00 zł	1
11	RTG jamy brzusznej	80,00 zł	1, 2, 3
12	RTG kości barku i ramienia	80,00 zł	1, 2, 3
13	RTG kości łokcia/ przedramienia	80,00 zł	1, 2, 3
14	RTG nadgarstka/ dłoni	80,00 zł	1, 2, 3
15	RTG kości miednicy/ biodra	80,00 zł	1, 2, 3
16	RTG uda/ kolana/ podudzia	80,00 zł	1, 2, 3
17	RTG kostki/ stopy	80,00 zł	1, 2, 3
18	Inne badania RTG	80,00 zł	1, 2, 3
19	Skopia klatki piersiowej (na zlecenie lekarza	80,00 zł	2

PRACOWNIA USG

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA 3- OBORNIKI
1	USG tarczycy	160,00 zł	1, 2, 3
2	USG klatki piersiowej	160,00 zł	1, 2
3	USG miednicy małej	160,00 zł	1, 2
4	USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni	180,00 zł	1, 2, 3
5	USG serca	280,00 zł	2, 3
6	USG piersi	140,00 zł	1
7	USG jąder	160,00 zł	1
8	USG układu moczowego	160,00 zł	1
9	USG węzłów chłonnych	160,00 zł	1,2

PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	350,00 zł	1
2	TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	500,00 zł	1
3	TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem	650,00 zł	1
4	TK: głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	670,00 zł	1
5	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	370,00 zł	1
6	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	510,00 zł	1
7	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	700,00 zł	1
8	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	550,00 zł	1
9	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	660,00 zł	1
10	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	720,00 zł	1

11	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	830,00 zł	1
12	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	820,00 zł	1
13	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	940,00 zł	1
14	TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	670,00 zł	1
15	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt.	750,00 zł	1

PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	MR: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	530,00 zł	1
2	MR: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem	990,00 zł	1
3	MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	600,00 zł	1
4	MR: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	760,00 zł	1
5	MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	990,00 zł	1
6	MR: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem	1 220,00 zł	1
7	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	940,00 zł	1
8	MR: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	1 320,00 zł	1
9	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 430,00 zł	1
10	MR: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 820,00 zł	1
11	MR: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	1 210,00 zł	1
12	MR: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia	1 320,00 zł	1
13	MR: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem	1 690,00 zł	1

14	MR: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 820,00 zł	1
15	MR: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	1 260,00 zł	1
16	MR: Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego	650,00 zł	1
17	MR: Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym	1 450,00 zł	1
18	MR: badanie piersi	1 300,00 zł	1

PRACOWNIA PET

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA
1	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	4 900,00 zł	1
2	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	7 000,00 zł	1

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Badanie histopatologiczne- za 1 preparat	100,00 zł	1, 2
2	Badanie śródoperacyjne	350,00 zł	1
3	Badanie cytologiczne - inne, nieginekologiczne, (ocena + barwienie)	70,00 zł	1, 2
4	Badanie immunohistologiczne - receptor HER2	210,00 zł	1
5	Badanie immunohistochemiczne - za 1 oznaczenie	180,00 zł	1, 2
6	Badanie immunohistochemiczne – PD-L1	630,00 zł	1
7	Badanie hybrydyzacja in situ – ISH	1 680,00 zł	1
8	Receptory Estrogenowe i Progesteronowe	230,00 zł	1
9	Konsultacja patomorfologiczna z kosztami dodatkowych barwień	700,00 zł	1, 2
10	Badania histochemiczne	100,00 zł	1,2

GABINET OPATRUNKOWY

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Aspiracja ze skóry i tkanki podskórnej	120,00 zł	1, 2
2	Założenie/zmiana opatrunku na ranę	90,00 zł	1, 2
3	Usunięcie szwów	120,00 zł	1, 2
4	Usunięcie drenu z ran pooperacyjnych	230,00 zł	2
5	Punkcja odbarczająca	350,00 zł	2
6	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm 86.52	220,00 zł	2
7	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm 86.53	300,00 zł	2
8	Wycięcie/Usunięcie tkanki martwiczej	120,00 zł	2

GABINET ZABIEGOWY

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Miejscowe wycięcie zmiany skóry	740,00 zł	1
2	Miejscowe wycięcie zmiany piersi	800,00 zł	1
3	Kriochirurgiczne zniszczenie skóry	390,00 zł	1
4	Proste wycięcie węzła chłonnego	1 200,00 zł	1
5	Otwarta biopsja guza- metodą ambulatoryjną*	540,00 zł	1
6	Biopsja lędźwiowa*	440,00 zł	1
7	Biopsja układu limfatycznego*	540,00 zł	1
8	Biopsja skóry/tkanki podskórnej*	540,00 zł	1
9	Erytrocytofereza	3 000,00 zł	1
10	Leukafereza	3 000,00 zł	1
11	Plazmafereza	6 700,00 zł	1
12	Drenaż jamy opłucnowej	370,00 zł	2
13	Nakłucie klatki piersiowej	370,00 zł	2

* Cena nie zawiera kosztu badań wykonanych w Zakładzie Patomorfologii DCOPIH

POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Pulsoksymetria	20,00 zł	1,2
2	Pomiar ciśnienia	14,00 zł	1,2
3	Zastrzyk dożylny	65,00 zł	1,2
4	Zastrzyk domięśniowy	35,00 zł	1,2
5	Kroplówka	200,00 zł	1,2
6	Szczepienie (bez kosztu szczepionki)	65,00 zł	1,2
7	Założenie OT	65,00 zł	1,2
8	Odczyt OT	20,00 zł	1,2
9	Podanie anatoksyny p/tężcowej (bez kosztów leku)	65,00 zł	1,2

PRACOWNIA ENDOSKOPII

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA*	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Gastroskopia	550,00 zł	1, 2
2	Endoskopowa biopsja żołądka	570,00 zł	1
3	Kolonoskopia	800,00 zł	1
4	Kolonoskopia ze znieczuleniem	1 400,00 zł	1
5	Endoskopowe usunięcie polipa odbytu	2 700,00 zł	1
6	Endoskopowe usunięcie polipa odbytu- znieczulenie	3 300,00 zł	1
7	Endoskopowa biopsja oskrzela	900,00 zł	1,2
8	Bronchoskopia	600,00 zł	1, 2
9	Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną	8 700,00 zł	1,2

* Ceny nie zawierają kosztu badań wykonanych w Zakładzie Patomorfologii DCOPIH.

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI CHOROÓB PIERSI

L.P	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Mammografia (jedna pierś)	100,00 zł	1

2	Mammografia (obie piersi)	160,00 zł	1
3	Zdjęcie mammograficzne celowane, powiększone w dodatkowych projektach	90,00 zł	1
4	Mammografia 3D z tomosyntezą	160,00 zł	1
5	USG piersi	140,00 zł	1
6	Przezkórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana*	700,00 zł	1
7	Przezkórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana*	500,00 zł	1
8	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna*	4 250,00 zł	1
9	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG*	4 250,00 zł	1
10	Założenie kotwiczki pod kontrolą USG	600,00 zł	1
11	Założenie kotwiczki pod kontrolą mammografu	650,00 zł	1

* Cena nie zawiera kosztu badań wykonanych w Zakładzie Patomorfologii DCOPIH.

PORADNIA GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Konsultacja ginekologiczna	250,00 zł	1
2	USG ginekologiczne	100,00 zł	1
3	Kolposkopia diagnostyczna (bez wycinka)	350,00 zł	1
4	Kolposkopia z wycinkiem (bez badania HP)	400,00 zł	1
5	Cytologia ginekologiczna (pobranie materiału + ocena)	100,00 zł	1

PORADNIA UROLOGICZNA

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Konsultacja urologiczna	300,00 zł	1
2	USG układu moczowego	100,00 zł	1
3	USG przezodbytnicze	100,00 zł	1
4	Cystoskopia sztywna / giętka z pobraniem wycinka lub	1 400,00 zł	1
5	Biopsja stercza randomowa*	1 750,00 zł	1
6	Biopsja stercza fuzyjna*	4 950,00 zł	1

PORADNIA ALERGOLOGICZNA

L.P.	RODZAJ PROCEDURY	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Konsultacja alergologiczna bez testów	250,00 zł	2
2	Konsultacja alergologiczna z testami (konsultacja lekarska, testy alergologiczne do 10 alergenów)	400,00 zł	2
3	Pełna diagnostyka alergologiczna (konsultacja lekarska, testy alergologiczne do 10 alergenów, spirometria i orzeczenie lekarskie)	490,00 zł	2
4	Testy alergologiczne- 1 punkt testowy	15,00 zł	2
5	Konsultacja alergologiczna z testami (konsultacja lekarska, testy alergologiczne do 10 związków)	700,00 zł	2
6	Pełna diagnostyka alergologiczna (konsultacja lekarska, testy alergologiczne do 10 związków chemicznych (Haptenu), spirometria i orzeczenie lekarskie)	790,00 zł	2
7	Testy związku chemicznego (Haptenu)- 1 punkt	45,00 zł	2
8	Odczulanie/Podanie szczepionki (bez leku)	65,00 zł	2
9	Kwalifikacja do odczulania	100,00 zł	2

OSOBODZIENIE POBYTU PACJENTA NA ODDZIALE

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	CENA*	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Oddział Chirurgii Onkologicznej	1	1
2	Oddział Ginekologii Onkologicznej	1	1
3	Oddział Radioterapii Stacjonarnej	1	1
4	Oddział Onkologii Klinicznej / Chemioterapii	1	1, 2
5	Oddział Dzienny Onkologii Klinicznej /Chemioterapii		1, 2
6	Hospicjum - domowe (jednorazowa wizyta w domu)		1
7	Breast Unit- Oddział Chirurgii Piersi	2	1
8	Oddział Urologii Onkologicznej	1	1

9	Oddział Stacjonarny Medycyny Paliatywnej	1	1
10	Oddział Hematologiczny	2	2
11	Oddział Immunologii Klinicznej		2
12	Oddział Transplantologiczny	2	2
13	Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc	1	2,3
14	Pododdział Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej	1	2
15	Oddział Chorób Wewnętrznych	1	2
16	Ośrodek Chirurgii Klatki Piersiowej	1	2
17	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	6	1,2
19	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy		3

* Podana cena nie zawiera kosztów badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów i leków wg historii choroby

PORADY/KONSULTACJE LEKARSKIE

L.P.	NAZWA PORADNI	CENA*	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL.
1	Konsultacja w Poradni Chirurgii Onkologicznej		1
2	Konsultacja Poradni Ginekologii Onkologicznej		1
3	Konsultacja Chemioterapeutyczna		1
4	Konsultacja Radioterapeutyczna		1
5	Konsultacja Onkologiczna		1, 2
6	Konsultacja w Poradni Profilaktyki Chorób Sutka		1
7	Konsultacja Urologiczna		1
8	Konsultacja Genetyczna		1
9	Konsultacja w Poradni Medycyny Paliatywnej		1
10	Konsultacja Psychoonkologiczna		1
11	Konsultacja Hematologiczna		2
12	Konsultacja Immunologiczna		2
13	Konsultacja w Poradni Transplantacyjnej		2
14	Konsultacja Pulmonologiczna		2
15	Konsultacja Alergologiczna		2

16	Konsultacja Torakochirurgiczna		2
17	Konsultacja Proktologiczna		2
18	Konsultacja Proktologiczna z rektoskopią/anoskopią (bez kosztów wycinków)	370,00 zł	2
19	Konsultacja lekarska (internistyczna) na izbie przyjęć		2
20	Obserwacja pacjenta na izbie przyjęć - 1 godzina		2
21	Badanie lekarskie dopuszczające do podania		2

* Podana cena nie zawiera kosztów wykonania badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz kosztu pozostałych procedur medycznych.

WYNAJEM I DZIERŻAWA POWIERZCHNI UŻYTKOWYCH, SPRZĘTU I URZĄDZEŃ

L.P.	NAZWA USŁUGI	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL.
1	Ceny ustalane są zgodnie z procedurą wynikającą z Uchwały nr XX/467/12 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 9 lutego 2012r. w sprawie gospodarowania mieniem wojewódzkim		1, 2

ORGANIZACJA I REALIZACJA PRAKTYK

L.P.	NAZWA USŁUGI	CENA	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA
1	Jeden dzień praktyki w przypadku praktyki	8,00 zł	1, 2, 3
2	Jedna studentogodzina zajęć praktycznych – dla szkół	2,00 zł	1, 2, 3
3	Jedna studentogodzina zajęć dydaktycznych - dla	4,00 zł	1, 2, 3

OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

podst.: art.28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz. 1318 j.t)

L.P.	NAZWA USŁUGI	CENA BRUTTO	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA 3- OBORNIKI
1	Opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji – Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale publikowanego przez GUS		1, 2 ,3
2	Opłata za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale publikowanego przez GUS		1, 2 ,3
3	Opłata za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale		1, 2 ,3
4	Opłata za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej przekazanej za pomocą środków komunikacji elektronicznej	0,00 zł	1, 2 ,3
<p style="text-align: center;">Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta od maja 2019 roku udostępnienie pierwszej kopii dokumentacji medycznej o której mowa w pkt.1-4 pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu jest bezpłatne.</p> <p style="text-align: center;">Opłat, o których mowa w pkt.1-4 nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych</p>			
5	Opłata za przesyłkę kurierską za pobraniem, za potwierdzeniem odbioru	50,81 zł	1, 2 ,3
6	Opłata za przesyłkę kurierską, za potwierdzeniem odbioru*	41,58 zł	1, 2 ,3
7	Opłata za przesyłkę pocztową poleconą za potwierdzeniem odbioru*	19,60 zł	1, 2 ,3
8	Opłata za list polecony (firmy ubezpieczeniowe, kancelarie)	30,00 zł	1, 2 ,3

*** Pacjenci przed otrzymaniem przesyłki zobowiązani są do uregulowania należności - przelewem na konto DCOPIH po czym nastąpi wysyłka dokumentacji.**

Nr konta: 52 1500 1793 1217 9002 2185 0000, podając imię i nazwisko, w tytule:

PRZECHOWANIE ZWŁOK

L.P.	NAZWA USŁUGI	CENA NETTO	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA 3- OBORNIKI
1	Przechowanie zwłok w Pro Morte, pacjenta zmarłego w Szpitalu jest bezpłatne do 72 godzin.		1, 2, 3
2	Opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny (art. 24. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej) - za każdą rozpoczętą dobę (powyżej 72h)	130,00 zł	1, 2, 3

POBYT W ODDZIALE SZPITALNYM OSOBY SPRAWUJĄCEJ DODATKOWĄ OPIEKĘ

L.P.	NAZWA USŁUGI	CENA NETTO	LOKALIZACJA 1- UL. HIRSZFELDA 2- UL. GRABISZYŃSKA 3- OBORNIKI
1	Pobyt w oddziale szpitalnym osoby sprawującej dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem (za 1 dobę bez wyżywienia)	15,00 zł	1, 2, 3
1	Pobyt w oddziale szpitalnym osoby sprawującej dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem (za 1 dobę z wyżywieniem - 3 posiłki, od obiadu w pierwszym dniu pobytu do śniadania w ostatnim dniu	56,00 zł	1, 2, 3