

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne

1) Świadczenia w Oddziałach Szpitalnych - hospitalizacja

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ			
Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena PLN
świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	osobodzień w oddziale psychiatrycznym	osobodzień	214 zł
świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	osobodzień w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej	osobodzień	186 zł
świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia	osobodzień w oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu	osobodzień	208 zł
świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	osobodzień w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	osobodzień	358 zł
świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza)	osobodzień w oddziale rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi	osobodzień	182 zł
świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	osobodzień w oddziale /ośrodku terapii uzależnień od alkoholu	osobodzień	174 zł
leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	osobodzień w oddziale / ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)	osobodzień	244 zł
leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych	osobodzień w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych	osobodzień	208 zł
świadczenia psychogeriatryczne	osobodzień w oddziale psychogeriatrycznym	osobodzień	234 zł

2) Świadczenia w Oddziałach Szpitalnych - dziennych

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ			
Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena PLN
świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym ogólnym	osobodzień	130 zł
świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym	osobodzień	124 zł

3) Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ			
Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena PLN
świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	porada LU lekarska diagnostyczna	min 0,75 g.	97 zł
	porada/wizyta LU diagnostyczna	min 0,75 g.	97 zł
	porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna)	min 0,25 g.	32 zł
	porada/wizyta LU terapeutyczna (kolejna)	min 0,50 g.	65 zł
	wizyta LU instruktora terapii uzależnień *	min 0,50 g.	32 zł
	sesja LU psychoterapii indywidualnej	min 1 g.	130 zł

	sesja LU psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	min 1 g.	108 zł
	sesja LU psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	min 1 g.	43 zł
	sesja LU psychoterapii grupowej (uczestnik)	min 2 g.	32 zł
	sesja LU psychoedukacyjna (uczestnik)	min 1 g.	11 zł
świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	porada lekarska diagnostyczna	min 0,75 g.	119 zł
	porada lekarska terapeutyczna	min 0,50 g.	79 zł
	porada kontrolna	min 0,25 g.	40 zł
	porada psychologiczna diagnostyczna *	min 0,75 g.	119 zł
	porada psychologiczna *	min 0,75 g.	106 zł
	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	min 1 g.	185 zł
	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	min 1 g.	132 zł
	sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	min 1 g.	53 zł
	sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	min 1 g.	40 zł
	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	min 1 g.	20 zł
	wizyta / porada domowa/ środowiskowa	min 1 g.	158 zł

OPIEKA NEUROLOGICZNA

	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne		40 zł
	W02 Świadczenie receptowe		10 zł
	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu		35 zł
	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu		69 zł
	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu		129 zł
	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu		168 zł
	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu		50 zł
	W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu		59 zł
	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu		99 zł
	W19 Świadczenie specjalistyczne 9-go typu		317 zł
	W20 Świadczenie specjalistyczne 10-go typu		465 zł
	W40 Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu		59 zł
	W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu		94 zł
	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu		153 zł
	W43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu		193 zł
	W44 Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu		74 zł
	W45 Świadczenie pierwszorazowe 6-go typu		84 zł
	W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu		124 zł
	W48 Świadczenie pierwszorazowe 9-go typu		342 zł
	W49 Świadczenie pierwszorazowe 10-go typu		490 zł
świadczenia w zakresie neurologii dla dorosłych	W31 Porada lekarska diagnostyczna		74 zł

4) Świadczenia w Zespołach Leczenia Środowiskowego

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

* wizyta wykonywana wyłącznie w Krakowie, Miechowie, Wieliczce, Skawinie

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena PLN
leczenie środowiskowe (domowe)	wizyta / porada domowa/ środowiskowa miejscowa	min 1 - 1,5 g.	126 zł
	wizyta / porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa **	min 1,5 - 2 g.	162 zł
	porada lekarska diagnostyczna	min 0,75 g.	81 zł
	porada lekarska terapeutyczna	min 0,50 g.	54 zł
	porada kontrolna	min 0,25 g.	27 zł
	porada psychologiczna diagnostyczna	min 0,75 g.	81 zł
	porada psychologiczna	min 0,75 g.	72 zł
	wizyta terapeuty środowiskowego	min 0,75 g.	27 zł
	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	min 1 g.	126 zł
	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	min 1 g.	90 zł
	sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	min 1 g.	36 zł
	sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	min 1 g.	27 zł
	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	min 1 g.	14 zł

5) Świadczenia w Izbie Przyjęć

IZBA PRZYJĘĆ			
Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena PLN
świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	porada lekarska diagnostyczna	-	120 zł

6) Zajęcia rehabilitacyjne w opiece psychiatrycznej

Zajęcia terapeutyczne dla dorosłych [wykonywane w Interdyscyplinarnym Centrum Terapii Zajęciowej dla Pacjentów]			
Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena PLN
świadczenia terapeutyczne dla dorosłych	Muzykoterapia	1 g.	35 zł
	Zajęcia terapeutyczne w pracowni kompetencji społecznych	1 g.	35 zł
	Ergoterapia w pracowni sztuki użytkowej	1 g.	35 zł
	Zajęcia terapeutyczne w bibliotece	1 g.	35 zł
	Ergoterapia w pracowni florystycznej	1 g.	35 zł
	Zajęcia terapeutyczne w pracowni komputerowej	1 g.	35 zł
	Ergoterapia w pracowni kulinarnej	1 g.	35 zł
	Klub filmowy	1 g.	35 zł
	Doradztwo zawodowe	1 g.	35 zł

7) Badania

BADANIA			
* Badanie wykonywane wyłącznie w Pracowni RTG II -ul.Olszańska 5			
** Badanie wykonywane wyłącznie w Pracowni RTG I - ul. dr. J Babińskiego 29			

W

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczeń jednostkowych	jednostka rozliczeniowa	Cena brutto PLN
RTG	Czaszka przeglądowe AP + bok		35 zł
	Czaszka komplet urazowy (4 zdjęcia)		50 zł
	Zatoki		32 zł
	Zatoki zdjęcie celowane na oczodoły		32 zł
	Zatoki zdjęcie celowane na oczodoły – 2 projekcje		35 zł
	Kręgosłup szyjny – przeglądowy		35 zł
	Kręgosłup szyjny – czynnościowy		35 zł
	Kręgosłup szyjny – przeglądowy + czynnościowy		50 zł
	Kręgosłup piersiowy		35 zł
	Kręgosłup LS – przeglądowy		35 zł
	KręgosłupLS – czynnościowy		40 zł
	Kręgosłup LS – przeglądowy + czynnościowy		55 zł
	Kręgosłup LS – skosy		40 zł
	Kręgosłup Th – LS (skolioza) AP*		35 zł
	Kręgosłup Th- LS (skolioza) AP + bok*		50 zł
	Kręgosłup – celowane – 1 projekcja		32 zł
	Kość krzyżowo – ogonowa – 1 projekcja		32 zł
	Kość krzyżowo – ogonowa – 2 projekcje		35 zł
	Klatka piersiowa – PA/AP		32 zł
	Klatka piersiowa – PA + bok		50 zł
	Tchawica – 2 projekcje		35 zł
	Żebra (skosy) 1 strona		35 zł
	Obojczyki porównawcze		35 zł
	Mostek – 2 projekcje		35 zł
	Łopatka – 1 projekcja		32 zł
	Łopatka – 2 projekcje		35 zł
	Staw barkowy – 1 projekcja		32 zł
	Staw barkowy – 2 projekcje		40 zł
	Staw barkowy – oba barki		40 zł
	Staw łokciowy – 2 projekcje		35 zł
	Staw łokciowy – porównawcze		45 zł
	Staw kolanowy – AP + bok		35 zł
	Staw kolanowy – porównawcze		50 zł
	Rzepki – zdjęcie osiowe		35 zł
	Rzepki – zdjęcie osiowe i boczne		50 zł
	Dłoń + nadgarstek – AP + bok		32 zł
	Obie dłonie + nadgarstki		35 zł
	Kości palca – 2 projekcje		32 zł
	Kości przedramienia – 2 projekcje		35 zł
	Kości ramienia – 1 projekcja		30 zł
	Kości ramienia – 2 projekcje		35 zł
	Kości miednicy i stawów biodrowych		35 zł
	Stawy krzyżowo - biodrowe		35 zł
	Stawy krzyżowo – biodrowe – AP + skosy		45 zł
	Kość udowa + staw biodrowy		35 zł
	Kości podudzia – 1 podudzie		35 zł
	Kości podudzia – porównawcze		50 zł
	Stopa AP + bok		35 zł
	Porównawcze stóp		50 zł
	Staw skokowy - 2 projekcje		32 zł

	Staw skokowy – porównawcze	40 zł
	Kość piętowa - bok	32 zł
	Kość piętowa – porównawcze	40 zł
	Jama brzuszna – przeglądowe	35 zł
	Nos	32 zł
	Twarzoczaszka	32 zł
	Punktowe zęba*	13 zł
USG	USG jamy brzusznej**	60 zł
	USG tarczycy**	60 zł
EEG	Standardowe badanie komputerowe EEG dla dorosłych	190 zł
EKG	EKG spoczynkowe z opisem	53 zł
Stomatolog	Porada	30 zł
	Wypełnienie	80 zł
	Znieczulenie	15 zł
	Skaling - usunięcie kamienia nazębnego	70 zł

UWAGA ! Podane ceny są cenami netto, należy do nich doliczyć podatek VAT

Stawka podatku VAT wynosi 23%. Jeżeli usługi opieki medycznej służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia zwolnione są z podatku Vat.

DIREKTOR
Szpitala Specjalistycznego
im. dr. J. Babinskiego SPZOZ w Krakowie

Stanisław Kracik

<i>[Pieczęć nagłówkowa komórki organizacyjnej Szpitala Babińskiego]</i>	Oświadczenie pacjenta o odpłatnym wykonaniu świadczenia zdrowotnego
---	--

Nazwisko i imię pacjenta
Adres zamieszkania

Seria i nr dowodu osobistego PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o organizacji procesu udzielania nieodpłatnych i odpłatnych świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie.

Wnoszę o wykonanie świadczenia zdrowotnego

[Nazwa świadczenia jednostkowego]

na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty kwoty _____
(słownie _____ złotych)
za wykonanie w/w świadczenia zdrowotnego, zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie cennikiem usług. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim zostanie uiszczona przeze mnie na rzecz Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie przed terminem wykonania świadczenia zdrowotnego.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że powyższe odpłatne świadczenie zdrowotne zostanie wykonane w dniu _____, na co wyrażam zgodę.

.....
[data]

.....
[czytelny podpis pacjenta]

4