

Stawki wynagrodzenia

A. Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji, zgodnie z systemem lub rozkładem czasu pracy obowiązującym w komórkach medycznych - złotych brutto za godzinę

Nazwa komórki organizacyjnej	Świadczenia wykonywane w komórce org.		Za gotowość do udzielania świadczeń	
	Dni robocze * zł brutto za 1 godz.	Inne dni zł brutto za 1 godz.	Dni robocze* zł brutto za 1 godz.	Inne dni zł brutto za 1 godz.
Oddział Kardiologiczny -WP (Pododdz. Kardiologii Inwazyjnej)i				
Pracownia Hemodynamiki				
Pododdz. Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego				

* dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

B. Wykonywanie procedur JGP w Pracowni Hemodynamicznej - złotych brutto za procedurę JGP¹

Lp.	Rodzaj procedury hemodynamicznej zgodnie z charakterystyką JGP	Cena za procedurę
1.	Koronarografia jako jedyna procedura poza OZW	
2.	E10 - OZW - diagnostyka inwazyjna (Koronarografia jako jedyna procedura w OZW)	
3.	E26 - Angioplastyka wieńcowa balonowa [angioplastyka wieńcowa balonowa (poza OZW)]	
4.	E29 - Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB) [angioplastyka wieńcowa balonowa (poza OZW)]	
5.	E23G - Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu [angioplastyka z zastosowaniem 1 stentu (poza OZW)]	
6.	E24G - Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa [angioplastyka z zastosowaniem 2 lub więcej stentów (poza OZW)]	
7.	E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni (z wyłączeniem sytuacji w których koronarografia jest jedyną procedurą wykonywaną w OZW)	

¹ Jeżeli dotyczy

8.	E12G - OZW - leczenie inwazyjne złożone (z wyłączeniem sytuacji w których koronarografia jest jedyną procedurą wykonywaną w OZW)	
9.	FFR/IVUS tętnic wieńcowych/OCT	

Uwagi:

1. Użyty w powyższej tabeli skrót „OZW” oznacza „Ostry Zespół Wieńcowy” rozumiany zgodnie z aktualnymi i obowiązującymi wymogami i warunkami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Użyte w powyższej tabeli skróty rozpoczynające się literą „E” z dodatkiem cyfrowym lub cyfrowo-literowym, oznaczają odpowiednią procedurę (świadczenie) wg kodów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakwalifikowanie udzielonego świadczenia do jednej z kategorii wskazanych w kolejnych punktach powyższej tabeli oraz zapłata wynagrodzenia wg przypisanej do danego świadczenia stawki, są uwarunkowane wykonaniem tego świadczenia oraz jego sprawozdaniem do Udzielającego Zamówienia oraz WSzS w Białej Podlaskiej z uwzględnieniem wszystkich aktualnych warunków i wymagań określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, umożliwiających rozliczenie udzielonego świadczenia przez WSzS w Białej Podlaskiej z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach tego samego kodu świadczenia. Niedopełnienie któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w zdaniu poprzedzającym (tak w zakresie warunków co do wykonania świadczenia, jak i wymogów sprawozdania świadczenia), jak też sprawozdanie udzielonego świadczenia niezgodnie ze stanem rzeczywistym stwierdzonym w dokumentacji medycznej pacjenta, będzie skutkowało brakiem zapłaty wynagrodzenia za to świadczenie, a Przyjmującemu Zamówienie w takim wypadku nie przysługują jakiegokolwiek roszczenia względem Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się znać aktualne wymogi i warunki określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wskazanym w punktach poprzedzających, przy czym w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do niezwłocznego ich zgłoszenia WSzS w Białej Podlaskiej przed złożeniem sprawozdania za dany okres rozliczeniowy, a WSzS w Białej Podlaskiej jest zobowiązany do udzielenia niezbędnych wyjaśnień i informacji oraz udostępnienia Przyjmującemu Zamówienia aktualnych przepisów, wytycznych i wymogów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym zakresie.
4. Grupy JGP zgodnie z charakterystyką JGP określoną w aktualnym właściwym akcie prawnym wydanym przez Prezesa NFZ (ZARZĄDZENIE 1/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.)
5. W przypadku FFR/IVUS konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 00.241 Wewnątrznaczyniowa ultrasonografia (IVUS), naczyń wieńcowych lub 89.692 Pomiar cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego (FFR);
6. W przypadku FFR/IVUS wyłącznie w przypadkach:
 - 1) oceny istotności zwężenia pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej,
 - 2) oceny istotności zwężenia początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej w ramach kwalifikacji do rewaskularyzacji,
 - 3) oceny istotności zwężeń u pacjenta z chorobą wielonaczyniową,
 - 4) kontroli wyniku angioplastyki pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej,

- 5) IVUS w celu oceny mechanizmów oraz wyboru optymalnej metody leczenia w przypadku niepowodzenia leczenia za pomocą stentu (podejrzenie złego wyniku implantacji stentu, zakrzepica w stencie, restenoza w stencie),
 - 6) w celu ustalenia przyczyny zawału serca w przypadku niejednoznacznego wyniku koronarografii,
 - 7) IVUS w diagnostyce waskulopatii po przeszczepie serca,
 - 8) w przypadku OCT konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 00.234 Koherentna tomografia optyczna tętnic obwodowych (OCT) lub 00.242 Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych (OCT)
7. Procedura FFR/IVUS tętnic wieńcowych/OCT możliwa do rozliczenia z grupami JGP: E10, E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E29.

Udzielający Zamówienia

Przyjmujący Zamówienie

.....

.....