IDP.0245.46.2026

Załącznik nr 2 do umowy Nr…/Por-ChDz/2026

Przyjmujący Zamówienie:
…….

Zasady wynagradzania

Z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, Przyjmującemu Zamówienie przysługują poniższe kwoty:

1. **……..zł brutto** (słownie: ……) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w tym także w Gabinecie Badań Kontrolnych Follow-up.
2. **……. zł brutto** (słownie: ……..) dodatkowe wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, które ma miejsce w Gabinecie Badań Kontrolnych Follow-up.
3. **…… zł brutto** (słownie: ……..) za każdego pacjenta w przypadku udzielenia danego dnia, świadczenia opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym oraz trybie jednego dnia w rodzajach leczenie szpitalne – chemioterapia lub leczenie szpitalne – programy lekowe. Nie wlicza się pacjentów, którym w trakcie porady ambulatoryjnej podano wyłącznie leki wspomagające, tj. czynnik wzrostu w zapobieganiu i leczeniu neuropatii.
4. **…….. zł brutto** (słownie: ……..) za każdego pacjenta, ponad limit 5 pacjentów dziennie, w przypadku udzielenia danego dnia, świadczenia opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – diagnostyki i kontroli stanu zdrowia pacjentów stawiających się osobiście w Poradni Chemioterapii lub Ośrodku Chemioterapii Dziennej.
5. **…….. zł brutto za** każdego pacjenta, w przypadku udzielania danego dnia, świadczeń opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym, w rodzaju opieka specjalistyczna **– wizyta pierwszorazowa** pacjentów stawiających się osobiście w Poradni Chemioterapii.
   Przez wizytę pierwszorazową rozumie się pierwszą wizytę chorego lub od ostatniej wizyty w Poradni Chemioterapii upłynęło ponad dwa lata (ponad 730 dni, liczone co do dnia).

6. Podstawą wypłaty należności, o której mowa w pkt 3) – pkt 5) będzie zestawienie udzielonych świadczeń, spełniających przesłanki określone w pkt 3 – pkt 5), wyliczone przez Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej, zatwierdzone przez Kierownika Kliniki Onkologicznej lub osobę przez niego upoważnioną.

…….	**……**
Przyjmujący Zamówienie	**Udzielający Zamówienia**