



**MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z O.O.**

z siedzibą: 26-617 Radom

ul. Juliana Aleksandrowicza 5

[www.wss.com.pl](http://www.wss.com.pl)

[szpital@wss.com.pl](mailto:szpital@wss.com.pl)

Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie VI Wydział Gospodarczy KRS 0000490819

Kapitał Zakładowy – 81 800 000,00 zł NIP 7962963679 REGON 670209356

Konto: BANK PKO S.A. Oddział w Radomiu nr: 85 1240 5703 1111 0000 4903 1548



**CENNIK USŁUG**

**OBOWIAZUJACY**

**OD 01.01.2023 DO 02.01.2024**

**(Ceny w PLN)**

## Spis treści

|                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący zał. Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                                                    | 4  |
| II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (stanowiący zał. Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego) ..... | 4  |
| III. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja pacjentów nieubezpieczonych w stanach nagłych (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                  | 5  |
| IV. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja – usługi komercyjne (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                             | 6  |
| 1 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej .....                                                                                                           | 6  |
| 2 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej .....                                                                                                               | 6  |
| 3 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Dziecięcej .....                                                                                                                                                 | 7  |
| 4 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej .....                                                                                                                                    | 8  |
| 5 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej .....                                                                                                       | 8  |
| 6 Usługi medyczne świadczone przez Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii .....                                                                                                                                   | 8  |
| 7 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Okulistyki .....                                                                                                                                                           | 9  |
| 8 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Kardiochirurgii .....                                                                                                                                                      | 9  |
| 9 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Kardiologii oraz Zakład Hemodynamiki i Interwencji Sercowo-Naczyniowych .....                                                                                    | 10 |
| V. Cennik opłat za badania diagnostyczne i inne procedury medyczne (stanowiący zał. Nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                                         | 10 |
| 1 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej .....                                                                                                                     | 10 |
| 2 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej .....                                                                                                                                            | 16 |
| 3 Usługi świadczone przez Zakład Patomorfologii Klinicznej .....                                                                                                                                                      | 24 |
| 4 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Kardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny oraz Kliniczny Oddział Kardiologii .....                                                                                        | 26 |
| 5 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Kardiologiczną dla Dzieci .....                                                                                                                                           | 26 |
| 6 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Audiologiczną .....                                                                                                                                                      | 26 |
| 7 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej oraz Poradnię Chorób Płuc i Gruźlicy .....                                                                                       | 27 |
| 8 Usługi medyczne z zakresu Okulistyki .....                                                                                                                                                                          | 27 |
| 9 Usługi świadczone przez Pracownię Endoskopii .....                                                                                                                                                                  | 29 |
| 10 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu .....                                                                                                       | 30 |
| 11 Usługi świadczone przez Pracownię Neurofizjologii (EEG) .....                                                                                                                                                      | 31 |
| 12 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię EMG .....                                                                                                                                                               | 31 |
| 13 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Ginekologiczną, Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Poradnię Laktacyjną .....                                                        | 31 |

|                                                                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 14 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Ogólnej .....                                                                                                                                    | 32 |
| 15 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Onkologicznej .....                                                                                                                              | 32 |
| 16 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Fizjoterapii .....                                                                                                                                           | 32 |
| 17 Inne usługi.....                                                                                                                                                                                     | 33 |
| 18 Szpitalny Oddział Ratunkowy .....                                                                                                                                                                    | 34 |
| 19 Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej .....                                                                                                                                            | 35 |
| VI. Cennik usług transportowych jednorazowych (stanowiący zał. Nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                                                | 36 |
| VII. Cennik opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób i instytucji uprawnionych do pochowania zwłok (stanowiący zał. Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego) ..... | 36 |
| VIII. Cennik pozostałych usług .....                                                                                                                                                                    | 37 |






| <b>I. Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący zał. Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)</b> |                                                                                                    |                     |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|
| <b>L.p.</b>                                                                                                         | <b>Wyszczególnienie</b>                                                                            | <b>Cena netto**</b> | <b>Cena brutto<br/>(cena netto +23%Vat)</b> |
| 1.                                                                                                                  | Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej *                                        | 10,54               | 12,96                                       |
| 2.                                                                                                                  | Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej *                                                     | 0,37                | 0,46                                        |
| 3.                                                                                                                  | Za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych*                          | 2,11                | 2,60                                        |
| 4.                                                                                                                  | Dodatkowa dokumentacja badania densytometrii DXA                                                   | 10,00               | 12,30                                       |
| 5.                                                                                                                  | Koszty przesyłki są zgodne z cenami Poczty Polskiej, powiększone o obowiązującą stawkę podatku VAT |                     |                                             |

**\* Uwaga!**

Ceny ulegają zmianie od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. Dz.U. 2022, poz.1876 z późn.zm).

| <b>II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotnie udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (stanowiący zał. Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego)</b> |                                                                                                                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>L.p.</b>                                                                                                                                                                                                             | <b>Nazwa usługi</b>                                                                                                | <b>Cena netto**</b> |
| 1.                                                                                                                                                                                                                      | Porada specjalistyczna<br>(Badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika).          | 170,00              |
| 2.                                                                                                                                                                                                                      | Porada specjalistyczna zabiegowa<br>(Badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika) | 200,00              |
| 3.                                                                                                                                                                                                                      | Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej                                                                     | 50,00               |

\*\* Uwaga! Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2022r., poz.931 z późn. zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.



### III. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja pacjentów nieubezpieczonych w stanach nagłych (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego)

Koszt hospitalizacji pacjenta stanowi iloczyn wartości punktowej określonej dla danej grupy JGP w aktualnym katalogu świadczeń NFZ i ceny za 1 punkt według poniższej tabeli.

Informację na temat wartości punktowej danej grupy JGP, określonej dla każdego hospitalizowanego pacjenta, można uzyskać w Sekretariacie Oddziału lub u lekarza prowadzącego.

| L.p. | Nazwa oddziału                                                           | Cena za 1 punkt |
|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1.   | Kliniczny Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu    | 1,60            |
| 2.   | Oddział Chirurgii Dziecięcej                                             | 1,30            |
| 3.   | Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej       | 1,40            |
| 4.   | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej                                  | 1,50            |
| 5.   | Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej   | 2,20            |
| 6.   | Oddział Hematologii                                                      | 1,10            |
| 7.   | Oddział Kardiochirurgii                                                  | 1,30            |
| 8.   | Kliniczny Oddział Kardiologii                                            | 1,00            |
| 9.   | Oddział Neonatologii                                                     | 1,30            |
| 10.  | Kliniczny Oddział Neurologii                                             | 1,30            |
| 11.  | Oddział Okulistyki                                                       | 1,50            |
| 12.  | Kliniczny Oddział Onkologii                                              | 1,40            |
| 13.  | Kliniczny Oddział Pediatrii                                              | 1,30            |
| 14.  | Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej                        | 1,40            |
| 15.  | Kliniczny Oddział Rehabilitacji z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej | 1,50            |
| 16.  | Kliniczny Oddział Wewnętrzny I                                           | 1,10            |
| 17.  | Oddział Wewnętrzny II i Nadciśnienia Tętniczego                          | 1,30            |
| 18.  | Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej           | 1,00            |
| 19.  | Pododdział Reumatologii                                                  | 1,20            |
| 20.  | Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii                               | 1,30            |

#### IV. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja – usługi komercyjne (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego)

Dotyczy usług w trybie planowym dla pacjentów nieubezpieczonych oraz pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne, którzy decydują się na świadczenia odpłatne (np. ze względu na długi czas oczekiwania na udzielanie świadczenia w ramach NFZ).

Podane ceny dotyczą usługi standardowej (typowej) – bez powikłań, nie wymagającej przedłużonego pobytu, dodatkowej diagnostyki, farmakoterapii itp. W przypadku usługi nietypowej cena hospitalizacji ustalana jest według rzeczywistych kosztów leczenia, po zakończeniu udzielania świadczenia. Wykonanie świadczenia w ramach hospitalizacji – usługi komercyjne wymaga wcześniejszego podpisania umowy w Dziale Kontroli, Budżetowania i Analiz (pokój nr 1).

Koszty implantów i elementów wszczepiennych ustalane są wg rzeczywistej ceny zakupu przez szpital.

| <b>1 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej</b><br>tel.361-36-01, 361-33-14 |                                                                                                                         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                                     | Nazwa usługi                                                                                                            | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                                       | Cholecystektomia laparoskopowa ( hospitalizacja do 3 dni )                                                              | 5 900,00     |
| 2.                                                                                                                                       | Operacja naprawcza przepukliny pachwinowych, pępkowych, brzusznych, udowych z siatką lub bez (hospitalizacja do 4 dni ) | 6 700,00     |
| 3.                                                                                                                                       | Wycięcie torbieli włosowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                             | 5 600,00     |
| 4.                                                                                                                                       | Wycięcie zmian skórnych i tkanki podskórnej (hospitalizacja do 2 dni)                                                   | 3 200,00     |
| 5.                                                                                                                                       | Wycięcie tarczycy (hospitalizacja do 5 dni)                                                                             | 11 700,00    |
| 6.                                                                                                                                       | Wycięcie guzka piersi (hospitalizacja do 2 dni)                                                                         | 3 000,00     |
| 7.                                                                                                                                       | Wycięcie żylaków odbytu (hospitalizacja do 3 dni)                                                                       | 4 800,00     |

| <b>2 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej</b><br>tel.361-33-61 |                                                                                                   |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                      | Nazwa usługi                                                                                      | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                        | Tonsilectomia -wycięcie migdałków podniebiennych w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni) | 5 900,00     |
| 2.                                                                                                                        | Adenotomia – wycięcie migdałka gardłowego w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)        | 4 000,00     |



|     |                                                                                                                                      |                       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 3.  | Adenotomia + paracenteza – wycięcie migdałka gardłowego + nakłucie błony bębenkowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni) | 4 000,00              |
| 4.  | Adenotomia + drenaż – wycięcie migdałka gardłowego + drenaż w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                         | 4 200,00              |
| 5.  | Septoplastyka – plastyka przegrody w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                  | 8 500,00              |
| 6.  | Endoskopowa operacja zatok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)                                                          | 11 000,00             |
| 7.  | Usunięcie ślinianki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 9 dni)                                                                 | 18 500,00             |
| 8.  | Usunięcie torbieli szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                             | 8 500,00              |
| 9.  | Operacja węzłów chłonnych szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                      | 9 000,00              |
| 10. | Plastyka podniebienia – laser w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)                                                       | 7 000,00              |
| 11. | Mucotomia, RF, Krio w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                                                 | 4 000,00              |
| 12. | Rhinoseptoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)                                                                  | 12 800,00 - 17 000,00 |
| 13. | Operacja ucha w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)                                                                       | 10 500,00 – 12 000,00 |
| 14. | Myringoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                                     | 8 500,00              |
| 15. | Laser krtani, gardła w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 8 dni)                                                                | 23 000,00             |
| 16. | MLS – diagnostyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                                                   | 5 000,00              |

### 3 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Dziecięcej

tel.361-37-54

| L.p. | Nazwa usługi                                                                                                    | Cena netto** |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Operacja przepukliny pachwinowej u dzieci powyżej 1 roku życia w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni) | 3 700,00     |
| 2.   | Operacja wodniaka jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                        | 4 300,00     |
| 3.   | Operacja stulejki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                              | 3 200,00     |
| 4.   | Operacja niezstąpionego jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                  | 4 250,00     |
| 5.   | Operacja wrastającego paznokcia w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                   | 2 600,00     |
| 6.   | Usunięcie znamion barwnikowych powłok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)             | 3 250,00     |



| <b>4 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej</b><br>tel.361-35-31 |                                                                                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                 | Nazwa usługi                                                                                                                           | Cena netto** |
| 1.                                                                                                   | Artroskopia kolana bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)                                                                     | 6 300,00     |
| 2.                                                                                                   | Przeszczep więzadła krzyżowego kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 3 dni)                                                   | 7 400,00     |
| 3.                                                                                                   | Korekcja palucha bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)                                                                       | 4 700,00     |
| 4.                                                                                                   | Osteotomia korekcyjna palucha koślawego, palców młotkowatych, płaskostopia porzecznego bez kosztów implantów (hospitalizacja do 4 dni) | 7 800,00     |
| 5.                                                                                                   | Endoproteza biodra bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)                                                                      | 14 400,00    |
| 6.                                                                                                   | Endoproteza kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)                                                                      | 15 000,00    |

| <b>5 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej</b><br>tel.361-32-84 |                                                                                                |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                              | Nazwa usługi                                                                                   | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                                | Wyłyżeczkowanie jamy macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                             | 1 800,00     |
| 2.                                                                                                                                | Wycinki z szyjki macicy i wyłyżeczkowanie kanału szyjki (hospitalizacja w trybie jednodniowym) | 1 800,00     |
| 3.                                                                                                                                | Wycinki ze sromu (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                                        | 1 800,00     |
| 4.                                                                                                                                | Laparoskopia diagnostyczna i wycięcie torbieli (hospitalizacja do 3 dni)                       | 6 500,00     |
| 5.                                                                                                                                | Elektrokonizacja szyjki macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                          | 1 850,00     |
| 6.                                                                                                                                | Wycięcie zmiany pochwy (hospitalizacja do 2 dni)                                               | 2 350,00     |
| 7.                                                                                                                                | Nadszyjkowe wycięcie macicy (hospitalizacja do 5 dni)                                          | 9 000,00     |

| <b>6 Usługi medyczne świadczone przez Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii</b><br>tel.361-32-42 |                                                              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                  | Nazwa usługi                                                 | Cena netto** |
| 1.                                                                                                    | Operacja zespołu cieśni nadgarstka (hospitalizacja do 3 dni) | 3 650,00     |



|    |                                                                                                                                                                 |           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2. | Operacja dyskopatii szyjnej z wprowadzeniem implantów – implantu sztywnego lub ruchomej protezy dysku szyjnego - bez kosztu implantów (hospitalizacja do 9 dni) | 22 600,00 |
| 3. | Operacja dyskopatii lędźwiowej bez kosztu implantu (hospitalizacja do 9 dni)                                                                                    | 17 600,00 |
| 4. | Wertebroplastyka przezskórna bez elementów wszczepiennych (hospitalizacja do 4 dni)                                                                             | 13 400,00 |

**7 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Okulistyki**  
tel.361-48-63

| L.p. | Nazwa usługi                                                                                                         | Cena netto** |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Operacja fakoemulsyfikacji z wszczepieniem jednoogniskowej soczewki zwijalnej (hospitalizacja w trybie jednodniowym) | 5 100,00     |
| 2.   | Operacja fakoemulsyfikacji z wszczepieniem soczewki torycznej (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                 | 6 300,00     |

**8 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Kardiochirurgii**  
tel.361-39-85

| L.p. | Nazwa usługi                                                                                                                 | Cena netto** |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Pomostowanie tętnic wieńcowych - by passy (hospitalizacja do 6 dni)                                                          | 47 500,00    |
| 2.   | Wszczepienie zastawki aortalnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni) | 40 000,00    |
| 3.   | Wszczepienie zastawki mitralnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni) | 40 000,00    |
| 4.   | Naprawa zastawki mitralnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)                                    | 38 500,00    |
| 5.   | Naprawa zastawki trójdzielnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)                                 | 44 000,00    |
| 6.   | Usuwanie elektrod (TLE) bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 4 dni)                                       | 24 000,00    |
| 7.   | Operacja tętniaka aorty bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 9 dni)                                       | 55 000,00    |



| <b>9 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Kardiologii oraz Zakład Hemodynamiki i Interwencji Sercowo-Naczyniowych</b><br>tel.361-35-27 |                                                                            |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                                                 | Nazwa usługi                                                               | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                                                   | Koronarografia z użyciem dwóch cewników (hospitalizacja do 2 dni)          | 3 300,00     |
| 2.                                                                                                                                                   | Balonowa angioplastyka wieńcowa (hospitalizacja do 3 dni)                  | 7 600,00     |
| 3.                                                                                                                                                   | Wprowadzenie jednego stentu do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni) | 9 000,00     |
| 4.                                                                                                                                                   | Wprowadzenie dwóch stentów do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni)  | 10 800,00    |

**\*\* Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2022r., poz.931 z późn. zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**V. Cennik opłat za badania diagnostyczne i inne procedury medyczne  
(stanowiący zał. Nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego)**

| <b>1 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej</b><br>tel. 361-32-06, 361-32-07 |                                               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|
| BADANIA USG                                                                                                                     |                                               |              |
| L.p.                                                                                                                            | Nazwa badania                                 | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                              | Biopsja tarczycy pod kontrolą USG             | 250,00       |
|                                                                                                                                 | USG tarczycy                                  | 65,00        |
|                                                                                                                                 | nakłucie do PCI                               | 120,00       |
|                                                                                                                                 | badanie cytologiczne                          | 65,00        |
| 2.                                                                                                                              | Biopsja układu limfatycznego pod kontrolą USG | 250,00       |
| 3.                                                                                                                              | Biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG  | 250,00       |
| 4.                                                                                                                              | Biopsja gruboigłowa piersi pod kontrolą USG   | 500,00       |
| 5.                                                                                                                              | USG tarczycy i przytarczyc                    | 150,00       |
| 6.                                                                                                                              | USG Doppler tętnic szyjnych i kręgowych       | 180,00       |
| 7.                                                                                                                              | USG przezciemiączkowe                         | 180,00       |

|     |                                                               |        |
|-----|---------------------------------------------------------------|--------|
| 8.  | USG przezciemiączkowe z opcją Doppler                         | 200,00 |
| 9.  | USG węzłów chłonnych szyi                                     | 150,00 |
| 10. | USG ślinianek                                                 | 150,00 |
| 11. | USG piersi                                                    | 160,00 |
| 12. | USG jamy opłucnej                                             | 150,00 |
| 13. | USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego | 150,00 |
| 14. | USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej                | 150,00 |
| 15. | USG doppler żył jednej kończyny dolnej                        | 200,00 |
| 16. | USG doppler żył dwóch kończyn dolnych                         | 260,00 |
| 17. | USG doppler żył jednej kończyny górnej                        | 200,00 |
| 18. | USG doppler żył dwóch kończyn górnych                         | 260,00 |
| 19. | USG węzłów chłonnych jedna okolica anatomiczna                | 150,00 |
| 20. | USG tkanek miękkich                                           | 150,00 |
| 21. | USG stawu kolanowego                                          | 190,00 |
| 22. | USG jąder                                                     | 150,00 |

| BADANIA RTG |                                              |  |              |
|-------------|----------------------------------------------|--|--------------|
| L.p.        | Nazwa badania                                |  | Cena netto** |
| 1.          | RTG nosa, zatok nosa, nosogardzieli          |  | 60,00        |
| 2.          | RTG czaszki (jedna projekcja)                |  | 60,00        |
| 3.          | RTG czaszki PA i boczne (dwie projekcje)     |  | 70,00        |
| 4.          | RTG twarzoczaszki                            |  | 60,00        |
| 5.          | RTG żuchwy                                   |  | 60,00        |
| 6.          | RTG oczodołu, oczodołów (jedna projekcja)    |  | 60,00        |
| 7.          | RTG oczodołów na ciało obce (dwie projekcje) |  | 70,00        |
| 8.          | RTG potylicy                                 |  | 60,00        |
| 9.          | RTG st. skroniowo-żuchwowy                   |  | 80,00        |
| 10.         | RTG kr. szyjnego AP i boczne                 |  | 70,00        |
| 11.         | RTG kr. szyjny celowane na ząb obrotnika     |  | 60,00        |
| 12.         | RTG kr. szyjny czynnościowe                  |  | 70,00        |



|     |                                                                  |        |
|-----|------------------------------------------------------------------|--------|
| 13. | RTG kr. szyjny celowane boczne kręgu                             | 60,00  |
| 14. | RTG kr. piersiowego AP i boczne                                  | 70,00  |
| 15. | RTG kr. piersiowego celowane kręgu                               | 60,00  |
| 16. | RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego AP i boczne                         | 70,00  |
| 17. | RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego celowane kręgu                      | 60,00  |
| 18. | RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego skosy /czynnościowe                 | 80,00  |
| 19. | RTG stawów krzyżowo-biodrowych                                   | 70,00  |
| 20. | RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP ( 1 zdjęcie)          | 70,00  |
| 21. | RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP i boczne ( 2 zdjęcia) | 80,00  |
| 22. | RTG kręgosłupa Th-LS w pozycji stojącej AP (łączenie)            | 150,00 |
| 23. | RTG Kręgosłupa Th-LS AP i bok (łączenie)                         | 220,00 |
| 24. | RTG żeber (dwie projekcje)                                       | 70,00  |
| 25. | RTG żeber skośne ( jedna projekcja)                              | 60,00  |
| 26. | RTG mostka                                                       | 60,00  |
| 27. | RTG obojczyka                                                    | 60,00  |
| 28. | RTG obojczyków - porównawcze                                     | 65,00  |
| 29. | RTG płuc PA/AP                                                   | 60,00  |
| 30. | RTG płuc PA i boczne                                             | 70,00  |
| 31. | RTG płuc - boczne                                                | 60,00  |
| 32. | RTG j. brzusznej (jedna projekcja)                               | 60,00  |
| 33. | RTG j. brzusznej i klp ciało obce                                | 80,00  |
| 34. | RTG barku (jedna projekcja)                                      | 60,00  |
| 35. | RTG ramienia (dwie projekcje)                                    | 70,00  |
| 36. | RTG ramienia - transtorakalne                                    | 70,00  |
| 37. | RTG łopatki                                                      | 60,00  |
| 38. | RTG łokcia AP i boczne                                           | 70,00  |
| 39. | RTG przedramienia AP i boczne                                    | 70,00  |
| 40. | RTG nadgarstka, ręki, śródreżcza, palca (dwie projekcje)         | 70,00  |
| 41. | RTG rąk-porównawcze                                              | 70,00  |
| 42. | RTG k. łódeczkowatej nadgarstka, k. grochowatej nadgarstka       | 60,00  |

|     |                                                                          |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| 43. | RTG ręki na wiek kostny                                                  | 60,00  |
| 44. | RTG miednicy, stawy biodrowe - porównawcze                               | 60,00  |
| 45. | RTG st. biodrowego, spojenia łonowego ( jedna projekcja)                 | 60,00  |
| 46. | RTG st. biodrowego plus osiowe (dwie projekcje)                          | 70,00  |
| 47. | RTG uda, podudzia, st. kolanowego, st. skokowego, stopy (dwie projekcje) | 70,00  |
| 48. | RTG kolan                                                                | 80,00  |
| 49. | RTG stóp, pięt - porównawcze                                             | 60,00  |
| 50. | RTG rzepki, pięty (jedna projekcja)                                      | 60,00  |
| 51. | RTG palców stopy (dwie projekcje)                                        | 70,00  |
| 52. | RTG celowane k. k. dolnej ( jedna projekcja)                             | 60,00  |
| 53. | RTG celowane k. k. dolnej (dwie projekcje)                               | 70,00  |
| 54. | RTG kości kończyny dolnej AP ( łączenie)                                 | 150,00 |
| 55. | RTG kości kończyny dolnej AP i bok ( łączenie)                           | 220,00 |

| TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA |                                             |  |              |
|------------------------|---------------------------------------------|--|--------------|
| L.p.                   | Nazwa badania                               |  | Cena netto** |
| 1.                     | TK głowy bez kontrastu                      |  | 300,00       |
| 2.                     | TK głowy bez kontrastu i z kontrastem       |  | 500,00       |
| 3.                     | Angio TK tętnic szyjnych                    |  | 750,00       |
| 4.                     | Angio TK tętnic śródczaszkowych             |  | 750,00       |
| 5.                     | TK zatok bez kontrastu                      |  | 330,00       |
| 6.                     | TK zatok bez i z kontrastem                 |  | 550,00       |
| 7.                     | TK oczodołów bez kontrastu                  |  | 330,00       |
| 8.                     | TK oczodołów bez i z kontrastem             |  | 550,00       |
| 9.                     | TK kości skroniowych bez kontrastu          |  | 330,00       |
| 10.                    | TK kości skroniowych bez i z kontrastem     |  | 550,00       |
| 11.                    | TK twarzoczaszki bez kontrastu              |  | 450,00       |
| 12.                    | TK twarzoczaszki bez i z kontrastem         |  | 590,00       |
| 13.                    | TK szyi bez kontrastu                       |  | 450,00       |
| 14.                    | TK szyi bez kontrastu i z kontrastem        |  | 550,00       |
| 15.                    | TK klatki piersiowej bez kontrastu          |  | 350,00       |
| 16.                    | TK klatki piersiowej HRCT                   |  | 400,00       |
| 17.                    | TK klatki piersiowej bez i z kontrastem     |  | 610,00       |
| 18.                    | Angio TK tętnic płucnych                    |  | 650,00       |
| 19.                    | Angio TK aorty piersiowej                   |  | 700,00       |
| 20.                    | TK brzucha bez kontrastu                    |  | 400,00       |
| 21.                    | TK brzucha wielofazowe (bez i z kontrastem) |  | 650,00       |






|     |                                                                                              |         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 22. | TK miednicy małej bez kontrastu                                                              | 380,00  |
| 23. | TK miednicy małej bez i z kontrastem                                                         | 600,00  |
| 24. | Angio TK aorty brzusznej                                                                     | 720,00  |
| 25. | Angio TK 2 okolic: aorty brzusznej i piersiowej                                              | 1050,00 |
| 26. | Angio TK 2 okolic: aorty brzusznej i tętnic kończyn dolnych                                  | 1050,00 |
| 27. | Angio TK tętnic nerkowych                                                                    | 720,00  |
| 28. | Angio TK kończyn dolnych/górnych                                                             | 800,00  |
| 29. | TK kości miednicy bez kontrastu                                                              | 380,00  |
| 30. | TK miednicy bez i z kontrastem                                                               | 610,00  |
| 31. | TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu                                                         | 350,00  |
| 32. | TK kręgosłupa szyjnego bez i z kontrastem                                                    | 610,00  |
| 33. | TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu                                                      | 350,00  |
| 34. | TK kręgosłupa piersiowego bez i z kontrastem                                                 | 610,00  |
| 35. | TK kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu                                                      | 350,00  |
| 36. | TK kręgosłupa lędźwiowego bez i z kontrastem                                                 | 610,00  |
| 37. | TK nadnerczy bez kontrastu                                                                   | 400,00  |
| 38. | TK nadnerczy bez i z kontrastem                                                              | 650,00  |
| 39. | TK 2 okolic : brzucha z miednicą małą bez kontrastu                                          | 550,00  |
| 40. | TK 2 okolic : brzucha z miednicą małą bez i z kontrastem                                     | 850,00  |
| 41. | TK 2 okolic : klatka piersiowa i jama brzuszna bez kontrastu                                 | 550,00  |
| 42. | TK 2 okolic : klatka piersiowa i jama brzuszna bez i z kontrastem                            | 850,00  |
| 43. | TK 3 okolic : klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu                       | 700,00  |
| 44. | TK 3 okolic : klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu i z kontrastem        | 900,00  |
| 45. | TK 4 okolic : szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu                | 750,00  |
| 46. | TK 4 okolic : szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu i z kontrastem | 1000,00 |

| REZONANS MAGNETYCZNY |                                                                            |              |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                 | Nazwa badania                                                              | Cena netto** |
| 1.                   | MR głowy bez kontrastu                                                     | 550,00       |
| 2.                   | MR głowy bez kontrastu i z kontrastem                                      | 950,00       |
| 3.                   | Angio MR naczyń śródczaszkowych bez kontrastu                              | 580,00       |
| 4.                   | MR przysadki mózgowej bez kontrastu i z kontrastem                         | 990,00       |
| 5.                   | MR oczodołów bez kontrastu                                                 | 700,00       |
| 6.                   | MR oczodołów bez kontrastu i z kontrastem                                  | 1150,00      |
| 7.                   | MR kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu                   | 530,00       |
| 8.                   | MR kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu i z kontrastem    | 950,00       |
| 9.                   | MR kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu                | 530,00       |
| 10.                  | MR kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu i z kontrastem | 950,00       |
| 11.                  | MR kręgosłupa na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu                | 530,00       |

|     |                                                                                                            |         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 12. | MR kręgosłupa na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem                                 | 950,00  |
| 13. | MR 2 okolic : mózgu i pnia mózgu oraz kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu                | 850,00  |
| 14. | MR 2 okolic : mózgu i pnia mózgu oraz kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu i z kontrastem | 1150,00 |
| 15. | MR 2 okolic : kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu                          | 850,00  |
| 16. | MR 2 okolic : kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu i z kontrastem           | 1200,00 |
| 17. | MR 2 okolic : kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i lędźwiowego bez kontrastu                          | 850,00  |
| 18. | MR 2 okolic : kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem           | 1200,00 |
| 19. | MR 2 okolic : kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu                       | 850,00  |
| 20. | MR 2 okolic : kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem        | 1200,00 |
| 21. | MR jamy brzusznej bez kontrastu                                                                            | 750,00  |
| 22. | MR jamy brzusznej bez kontrastu i z kontrastem                                                             | 1150,00 |
| 23. | MR gruczołu krokowego bez kontrastu                                                                        | 1000,00 |
| 24. | MR gruczołu krokowego bez kontrastu i z kontrastem                                                         | 1250,00 |
| 25. | MR odbytnicy bez kontrastu                                                                                 | 750,00  |
| 26. | MR odbytnicy bez kontrastu i z kontrastem                                                                  | 1150,00 |
| 27. | MR miednicy bez kontrastu                                                                                  | 750,00  |
| 28. | MR miednicy bez kontrastu i z kontrastem                                                                   | 1150,00 |
| 29. | MR barku bez kontrastu                                                                                     | 700,00  |
| 30. | MR barku bez kontrastu i z kontrastem                                                                      | 1150,00 |
| 31. | MR kolana bez kontrastu                                                                                    | 700,00  |
| 32. | MR kolana bez kontrastu i z kontrastem                                                                     | 1150,00 |
| 33. | MR kończyny górnej bez kontrastu                                                                           | 700,00  |
| 34. | MR kończyny górnej bez kontrastu i z kontrastem                                                            | 1150,00 |
| 35. | MR kończyny dolnej bez kontrastu                                                                           | 750,00  |
| 36. | MR kończyny dolnej bez kontrastu i z kontrastem                                                            | 1150,00 |

| MAMMOGRAFIA |                           |  |              |
|-------------|---------------------------|--|--------------|
| Lp.         | Nazwa badania             |  | Cena netto** |
| 1.          | Biopsja mammotoniczna     |  | 2 100,00     |
| 2.          | Mammografia jednej piersi |  | 75,00        |
| 3.          | Mammografia obu piersi    |  | 130,00       |



| DENSYTOMETRIA |                         |              |
|---------------|-------------------------|--------------|
| Lp.           | Nazwa badania           | Cena netto** |
| 1.            | DXA szyjki kości udowej | 65,00        |
| 2.            | DXA kręgosłupa          | 65,00        |
| 3.            | DXA przedramienia       | 65,00        |
| 4.            | DXA dwóch obszarów      | 110,00       |
| 5.            | DXA całego ciała        | 130,00       |

| 2 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej<br>tel. 361-31-28 |                                                     |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                   | Nazwa badania                                       | Cena netto** |
| I.                                                                                     | <b>HEMATOLOGIA</b>                                  |              |
| 1.                                                                                     | Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów             | 12,00        |
| 2.                                                                                     | Mikroskopowy obraz krwi obwodowej                   | 60,00        |
| 3.                                                                                     | Retikulocyty                                        | 20,00        |
| 4.                                                                                     | Płytki krwi                                         | 12,00        |
| 5.                                                                                     | Korekcja liczby płytek krwi (EDTA + cytrynian sodu) | 20,00        |
| 6.                                                                                     | OB                                                  | 11,00        |
| II.                                                                                    | <b>KOAGULOLOGIA</b>                                 |              |
| 1                                                                                      | Antytrombina III                                    | 35,00        |
| 2                                                                                      | APTT – czas kaolinowo-kefalinowy                    | 15,00        |
| 3                                                                                      | D-dimery                                            | 30,00        |
| 4                                                                                      | Fibrynogen                                          | 20,00        |
| 5                                                                                      | INR                                                 | 15,00        |
| 6                                                                                      | Białko S                                            | 70,00        |
| 7                                                                                      | Białko C                                            | 60,00        |
| 8                                                                                      | Czynnik VIII                                        | 55,00        |
| 9                                                                                      | Test korekcji APTT                                  | 45,00        |
| III.                                                                                   | <b>ANALITYKA OGÓLNA</b>                             |              |
| 1                                                                                      | Kał-krew utajona                                    | 25,00        |
| 2                                                                                      | Kał-pasożyty (jedno oznaczenie)                     | 20,00        |
| 3                                                                                      | Kał-test na obecność antygenu lamblii               | 45,00        |
| 4                                                                                      | Mocz-badanie ogólne z oceną mikroskopową osadu      | 18,00        |
| 5                                                                                      | Glukoza w moczu                                     | 10,00        |
| 6                                                                                      | Białko w moczu                                      | 20,00        |
| 7                                                                                      | Mikroalbuminuria                                    | 30,00        |

|            |                                                                                                                                                                                                       |        |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8          | Mocz-dobowe wydalanie: mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego, sodu, potasu, chlorków, wapnia, magnezu, fosforanu nieorganicznego.<br>Każde badanie wg cennika szczegółowego (patrz: chemia kliniczna) |        |
| 9          | Amylaza w moczu                                                                                                                                                                                       | 10,00  |
| 10         | Wymaz z odbytu na obecność owsików                                                                                                                                                                    | 20,00  |
| 11         | Helikobacter pylori w kale                                                                                                                                                                            | 35,00  |
| <b>IV.</b> | <b>CHEMIA KLINICZNA</b>                                                                                                                                                                               |        |
| 1          | Albumina                                                                                                                                                                                              | 12,00  |
| 2          | ALT – Aminotransferaza alaninowa                                                                                                                                                                      | 10,00  |
| 3          | AST – Aminotransferaza asparaginianowa                                                                                                                                                                | 10,00  |
| 4          | Amylaza                                                                                                                                                                                               | 10,00  |
| 5          | Białko całkowite                                                                                                                                                                                      | 10,00  |
| 6          | Bilirubina bezpośrednia (związana)                                                                                                                                                                    | 15,00  |
| 7          | Bilirubina całkowita                                                                                                                                                                                  | 10,00  |
| 8          | Bilirubina pośrednia (wolna)                                                                                                                                                                          | 10,00  |
| 9          | CRP w surowicy                                                                                                                                                                                        | 25,00  |
| 10         | CRP ultraczułe                                                                                                                                                                                        | 160,00 |
| 11         | Cholesterol całkowity                                                                                                                                                                                 | 10,00  |
| 12         | Cholesterol LDL (met. bezpośrednią)                                                                                                                                                                   | 20,00  |
| 13         | Cholesterol HDL                                                                                                                                                                                       | 12,00  |
| 14         | LDH – Dehydrogenaza mleczanowa                                                                                                                                                                        | 10,00  |
| 15         | ALP –Fosfataza zasadowa                                                                                                                                                                               | 10,00  |
| 16         | Fosforany nieorganiczne                                                                                                                                                                               | 10,00  |
| 17         | GGTP -Gammaglutamylotranspeptydaza                                                                                                                                                                    | 10,00  |
| 18         | Gazometria (RKZ)                                                                                                                                                                                      | 40,00  |
| 19         | Glukoza                                                                                                                                                                                               | 10,00  |
| 20         | Doustne testy tolerancji glukozy                                                                                                                                                                      |        |
| 21         | OGTT (2pkt):doustny test tolerancji glukozy ( 75 g)                                                                                                                                                   | 20,00  |
| 22         | OGTT(3pkt): doustny test tolerancji glukozy ( 75 g)                                                                                                                                                   | 30,00  |
| 23         | Immunofiksacja                                                                                                                                                                                        | 150,00 |
| 24         | CK –Kinaza fosfokreatynowa                                                                                                                                                                            | 15,00  |
| 25         | CK-MB Mass                                                                                                                                                                                            | 30,00  |
| 26         | Kreatynina + GFR                                                                                                                                                                                      | 10,00  |
| 27         | Kwas moczowy                                                                                                                                                                                          | 10,00  |
| 28         | Lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL i nie-HDL - wyliczane)                                                                                                                                                 | 35,00  |
| 29         | Magnez                                                                                                                                                                                                | 10,00  |
| 30         | Mocznik                                                                                                                                                                                               | 10,00  |
| 31         | Osmolalność moczu                                                                                                                                                                                     | 20,00  |
| 32         | Osmolalność surowicy                                                                                                                                                                                  | 20,00  |
| 33         | Proteinogram                                                                                                                                                                                          | 65,00  |
| 34         | Potas - surowica                                                                                                                                                                                      | 12,00  |
| 35         | Potas – krew: włóściwkowa                                                                                                                                                                             | 40,00  |
| 36         | Trójglicerydy                                                                                                                                                                                         | 10,00  |
| 37         | Wapń całkowity                                                                                                                                                                                        | 10,00  |
| 38         | Wapń zjonizowany                                                                                                                                                                                      | 40,00  |
| 39         | Żelazo                                                                                                                                                                                                | 10,00  |
| 40         | Sód - surowica                                                                                                                                                                                        | 10,00  |



|              |                                                          |       |
|--------------|----------------------------------------------------------|-------|
| 41           | Sód – krew włośniczkowa                                  | 40,00 |
| 42           | Chlorki - surowica                                       | 10,00 |
| 43           | Chlorki–krew włośniczkowa                                | 40,00 |
| 44           | Troponina T wysokiej czułości                            | 35,00 |
| 45           | Prokalcytonina                                           | 60,00 |
| 46           | NTproBNP                                                 | 70,00 |
| 47           | Homocysteina                                             | 55,00 |
| 48           | Kwasy żółciowe                                           | 50,00 |
| 49           | Fruktozamina                                             | 30,00 |
| 50           | Amoniak                                                  | 35,00 |
| 51           | Interleukina-6                                           | 70,00 |
| 52           | Lipaza                                                   | 15,00 |
| <b>V.</b>    | <b>DIAGNOSTYKA CHORÓB TARCZYCY</b>                       |       |
| 1            | FT3 – wolna trójiodotyronina                             | 20,00 |
| 2            | FT4 – wolna tyroksyna                                    | 20,00 |
| 3            | TSH –hormon tyreotropowy                                 | 20,00 |
| 4            | Anty-TG- Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie            | 45,00 |
| 5            | Anty-TPO - Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej | 45,00 |
| <b>VI.</b>   | <b>HORMONY PŁCIOWE</b>                                   |       |
| 1            | Estradiol                                                | 25,00 |
| 2            | FSH – Hormon folikulotropowy                             | 25,00 |
| 3            | Beta-HCG                                                 | 35,00 |
| 4            | LH – Hormon luteinizujący                                | 25,00 |
| 5            | Prolaktyna                                               | 30,00 |
| 6            | Progesteron                                              | 30,00 |
| 7            | Prolaktyna – test z metoklopramidem -na zlecenie lekarza | 60,00 |
| 8            | Testosteron                                              | 30,00 |
| <b>VII.</b>  | <b>HORMONY I METABOLITY</b>                              |       |
| 1            | DHEA-S- Siarczan dehydroepiandrosteronu                  | 45,00 |
| 2            | Kortyzol w surowicy                                      | 35,00 |
| 3            | Kortyzol w ślinie                                        | 55,00 |
| 4            | Witamina D3                                              | 60,00 |
| 5            | Kwas wanilinomigdałowy w DZM                             | 60,00 |
| 6            | Hormon wzrostu GH                                        | 45,00 |
| 7            | IGF-1                                                    | 45,00 |
| 8            | Erytropoetyna                                            | 65,00 |
| <b>VIII.</b> | <b>POZOSTAŁE HORMONY</b>                                 |       |
| 1            | PTH - Parathormon                                        | 40,00 |
| 2            | ACTH                                                     | 40,00 |
| <b>IX.</b>   | <b>DIAGNOSTYKA NIEDOKRWISTOŚCI</b>                       |       |
| 1            | Ferrytyna                                                | 35,00 |
| 2            | Witamina B12                                             | 25,00 |
| 3            | Transferyna                                              | 30,00 |
| 4            | TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza                | 20,00 |
| 5            | UIBC – utajona zdolność wiązania żelaza                  | 15,00 |
| 6            | Wysycenie transferyny                                    | 60,00 |

|              |                                                                       |        |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|
| 7            | Kwas foliowy                                                          | 35,00  |
| <b>X.</b>    | <b>MARKERY NOWOTWOROWE</b>                                            |        |
| 1            | AFP – alfa-fetoproteina                                               | 30,00  |
| 2            | Antygen CA-125                                                        | 30,00  |
| 3            | Antygen CA-15-3                                                       | 30,00  |
| 4            | Antygen CA-19-9                                                       | 30,00  |
| 5            | HE4                                                                   | 90,00  |
| 6            | ROMA (Ca-125 +HE4)                                                    | 125,00 |
| 7            | CEA – Antygen karcinoembrionalny                                      | 30,00  |
| 8            | PSA-Antygen swoisty dla stercza (całkowity)                           | 30,00  |
| 9            | Index PSA-wolne/PSA-całkowite                                         | 85,00  |
| 10           | Kalprotektyna w kale                                                  | 80,00  |
| <b>XI.</b>   | <b>MONITOROWANIE LEKÓW</b>                                            |        |
| 1            | Karbamazepina                                                         | 60,00  |
| 2            | Kwas walproinowy                                                      | 70,00  |
| 3            | Wankomycyna                                                           | 60,00  |
| 4            | Salicylany                                                            | 70,00  |
| 5            | Paracetamol                                                           | 45,00  |
| <b>XII.</b>  | <b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB ALERGICZNYCH</b>                               |        |
| 1            | IgE - całkowite                                                       | 30,00  |
| 2            | Panel pediatryczny 27 alergenów                                       | 165,00 |
| 3            | Panel pokarmowy 20 alergenów                                          | 165,00 |
| 4            | Panel wziewny 20 alergenów                                            | 165,00 |
| <b>XIII.</b> | <b>BIAŁKA SPECYFICZNE</b>                                             |        |
| 1            | RF-Czynnik reumatoidalny                                              | 20,00  |
| 2            | ASO –Antystreptolizyna O                                              | 35,00  |
| 3            | Immunoglobina A                                                       | 30,00  |
| 4            | Immunoglobina G                                                       | 30,00  |
| 5            | Immunoglobina M                                                       | 30,00  |
| 6            | Łańcuchy lekkie KAPPA w surowicy                                      | 35,00  |
| 7            | Łańcuchy lekkie LAMBDA w surowicy                                     | 35,00  |
| 8            | Łańcuchy wolne lekkie KAPPA w surowicy                                | 80,00  |
| 9            | Łańcuchy wolne lekkie LAMBDA w surowicy                               | 80,00  |
| <b>XIV.</b>  | <b>BADANIE NASIENIA wg WYTYCZNYCH WHO 2010</b>                        |        |
| 1            | Badanie podstawowe nasienia z oceną żywotności i morfologią plemników | 300,00 |
| <b>XV.</b>   | <b>DIAGNOSTYKA CUKRZYCY</b>                                           |        |
| 1            | HbA1c –Hemoglobina glikowana                                          | 25,00  |
| 2            | Insulina                                                              | 40,00  |
| 3            | C-peptyd                                                              | 40,00  |
| <b>XVI.</b>  | <b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH</b>                                  |        |
| 1            | SARS CoV-2 antygen                                                    | 60,00  |
| 2            | p/ciała anty-SARS-CoV-2 (anty-N)                                      | 100,00 |
| 3            | p/ciała anty-SARS-CoV-2 (anty-S)                                      | 100,00 |
| 4            | Wirus SARS-CoV-2 oraz Grypy A i B metodą Real Time RT-PCR             | 450,00 |
| 5            | Wirus SARS-CoV-2 oraz RSV metodą Real Time RT-PCR                     | 450,00 |
| 6            | Wirus SARS-CoV-2 metodą Real Time RT-PCR                              | 270,00 |



|              |                                                      |         |
|--------------|------------------------------------------------------|---------|
| 7            | Wydruk wyniku z poz.1,4,5 w języku obcym             | 100,00  |
| 8            | Panel Respiratory                                    | 800,00  |
| 9            | Panel Pneumonia                                      | 1000,00 |
| 10           | Panel Gastrointestinal                               | 900,00  |
| 11           | Panel Meningitis-Encephalitis                        | 1000,00 |
| 12           | Panel Blood Culture Identification                   | 900,00  |
| 13           | HBs- antygen WZW typu B                              | 20,00   |
| 14           | HBs- antygen – Test potwierdzający dodatniego HBs Ag | 35,00   |
| 15           | p/ciała anty- HBs                                    | 30,00   |
| 16           | HIV - Ag p24/Ab HIV1/HIV2                            | 30,00   |
| 17           | p/ciała anty -HCV                                    | 30,00   |
| 18           | CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgM                 | 45,00   |
| 19           | CMV( Wirus cytomegalii) – p/ciała IgG                | 45,00   |
| 20           | Toxoplazma gondii – p/ciała IgM                      | 35,00   |
| 21           | Toxoplazma gondii – p/ciała IgG                      | 35,00   |
| 22           | p/ciała przeciwko krętkowi blademu(kiła)             | 35,00   |
| 23           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgG                     | 40,00   |
| 24           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgM                     | 40,00   |
| 25           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgG Western Blot        | 110,00  |
| 26           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgM Western Blot        | 110,00  |
| 27           | HCV – Test potwierdzenia                             | 165,00  |
| 28           | HIV - Test potwierdzenia                             | 165,00  |
| 29           | Varicella IgM                                        | 28,00   |
| 30           | Varicella IgG                                        | 28,00   |
| 31           | Toxoplazma IgG, awidność                             | 55,00   |
| 32           | Chlamydia trachomatis IgA                            | 33,00   |
| 33           | Chlamydia trachomatis IgG                            | 28,00   |
| 34           | Chlamydia trachomatis IgM                            | 28,00   |
| 35           | EBV IgG                                              | 30,00   |
| 36           | EBV IgM                                              | 30,00   |
| 37           | Toxocara canis                                       | 28,00   |
| 38           | p/ciała p/Bordetella Pertussis IgA                   | 33,00   |
| 39           | p/ciała p/Bordetella Pertussis IgG                   | 28,00   |
| 40           | p/ciała p/Bordetella Pertussis IgM                   | 28,00   |
| 41           | p/ciała p/Yersinia IgA                               | 33,00   |
| 42           | p/ciała p/Yersinia IgG                               | 28,00   |
| 43           | p/ciała p/Yersinia IgM                               | 28,00   |
| 44           | p/ciała IgG p/Rubella                                | 28,00   |
| 45           | p/ciała IgM p/Rubella                                | 28,00   |
| 46           | p/ciała p/HSV IgG                                    | 28,00   |
| 47           | p/ciała p/HSV IgM                                    | 28,00   |
| <b>XVII.</b> | <b>BADANIA TOKSYKOLOGICZNE</b>                       |         |
| 1            | Alkohol etylowy                                      | 60,00   |
| 2            | COHb–Hemoglobina tlenowęglowa                        | 40,00   |
| 3            | MethHb - Methemoglobina                              | 40,00   |
| 4            | Panel narkotyki w moczu                              | 110,00  |
| 5            | Panel dopalacze w moczu                              | 190,00  |

|               |                                                                           |        |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>XVIII.</b> | <b>AUTOIMMUNOLOGIA</b>                                                    |        |
| 1             | ANA test przeglądowy                                                      | 50,00  |
| 2             | ANA test potwierdzenia (16 antygenów)                                     | 125,00 |
| 3             | p/c przeciw kardiolipinowe IgG (antyfosfolipidowe)                        | 60,00  |
| 4             | p/c przeciw kardiolipinowe IgM (antyfosfolipidowe)                        | 60,00  |
| 5             | p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgG                                   | 60,00  |
| 6             | p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgM                                   | 65,00  |
| 7             | p/c przeciw MPR (pANCA)                                                   | 50,00  |
| 8             | p/c przeciw PR3 (cANCA)                                                   | 50,00  |
| 9             | p/c przeciw cytrulinowe (anty-CCP)                                        | 60,00  |
| 10            | p/c przeciw receptorom TSH (TRAb)                                         | 80,00  |
| 11            | p/c przeciw transglutaminazie tkankowej IgA                               | 44,00  |
| 12            | p/c przeciw transglutaminazie tkankowej IgG                               | 44,00  |
| 13            | p/c przeciw gliadynowe IgA                                                | 50,00  |
| 14            | p/c przeciw gliadynowe IgG                                                | 50,00  |
| <b>XIX.</b>   | <b>SEROLOGIA GRUP KRWI</b>                                                |        |
| 1             | Badanie przeglądowe przeciwciał                                           | 30,00  |
| 2             | Grupa krwi w układzie ABO i RhD z badaniem przeglądowym przeciwciał       | 40,00  |
| 3             | Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)                                    | 25,00  |
| 4             | Krewkarta (dwukrotne oznaczenie grupy krwi + wydruk Krewkarty)            | 65,00  |
| 5             | Wydruk Krewkarty                                                          | 11,00  |
| <b>XX.</b>    | <b>BADANIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE</b>                                      |        |
| 1             | Albumina w PMR                                                            | 30,00  |
| 2             | Badanie ogólne PMR                                                        | 80,00  |
| 3             | Białko oligoklonalne w PMR                                                | 275,00 |
| 4             | Mikroskopowa ocena preparatu z PMR                                        | 70,00  |
| 5             | Badanie ogólne płynu stawowego                                            | 100,00 |
| 6             | Badanie płynu z jam ciała – płyn otrzewnowy                               | 120,00 |
| 7             | Badanie płynu z jam ciała – płyn z jamy opłucnej                          | 130,00 |
| 8             | Badanie płynu z jam ciała – płyn osierdziowy                              | 120,00 |
| 9             | Beta-amyloid                                                              | 400,00 |
| 10            | Białko Tau całkowite                                                      | 400,00 |
| 11            | Białko Tau fosforylowane                                                  | 400,00 |
| 12            | Mielogram                                                                 | 110,00 |
| 13            | Grupa krwi w układzie ABO i RhD u noworodka                               | 35,00  |
| 14            | Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-D                            | 70,00  |
| 15            | Próba zgodności serologicznej z pierwszą jednostką krwi                   | 30,00  |
| 16            | Próba zgodności serologicznej z kolejną jednostką krwi                    | 25,00  |
| 17            | Próba zgodności serologicznej dla noworodka                               | 66,00  |
| 18            | Badania konsultacyjne w RCKiK                                             | 600,00 |
| 19            | Mielogram                                                                 | 150,00 |
| 20            | Barwienie cytochemiczne EST: aktywność esterazy nieswoistej w leukocytach | 100,00 |
| 21            | Barwienie cytochemiczne POX: aktywność mieloperoksydazy w leukocytach     | 100,00 |
| 22            | Barwienie cytochemiczne PAS: obecność glikogenu w leukocytach             | 100,00 |





|             |                                                                         |         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| 23          | Barwienie cytochemiczne: wolne żelazo w szpiku                          | 100,00  |
| 24          | Barwienie cytochemiczne FAG: aktywność fosfatazy zasadowej granulocytów | 100,00  |
| 25          | Czas trombinowy                                                         | 30,00   |
| 26          | Czynnik krzepnięcia II                                                  | 100,00  |
| 27          | Czynnik krzepnięcia V                                                   | 100,00  |
| 28          | Czynnik krzepnięcia VII                                                 | 100,00  |
| 29          | Czynnik krzepnięcia IX                                                  | 100,00  |
| 30          | Czynnik krzepnięcia X                                                   | 100,00  |
| 31          | Czynnik krzepnięcia XI                                                  | 100,00  |
| 32          | Czynnik krzepnięcia XII                                                 | 100,00  |
| 33          | Czynnik von Willebranda aktywność kofaktor Rystocetyny                  | 100,00  |
| 34          | Czynnik von Willebranda antygen                                         | 100,00  |
| 35          | Inhibitor czynnika VIII                                                 | 550,00  |
| 36          | Inhibitor czynnika IX                                                   | 400,00  |
| 37          | Czynnik XIII antygen                                                    | 130,00  |
| 38          | Immunofenotypowa diagnostyka chłoniaków T - panel rozszerzony           | 1100,00 |
| 39          | Immunofenotypowa diagnostyka chłoniaków B - panel rozszerzony           | 1100,00 |
| 40          | Immunofenotypowa diagnostyka AML/MDS, ALL-B, ALL-T panel wstępny        | 1000,00 |
| 41          | Immunofenotypowa diagnostyka AML/MDS, ALL-B, ALL-T panel                | 1800,00 |
| 42          | Immunofenotypowa ocena klonalności komórek B-5 antygenów                | 450,00  |
| 43          | Immunofenotypowa ocena klonalności komórek B-4 antygeny                 | 400,00  |
| 44          | Ocena immunofenotypu i klonalności plazmocytów                          | 700,00  |
| 45          | Immunofenotypowanie limfocytów T CD3 CD4/CD8                            | 250,00  |
| 46          | Immunofenotypowanie subpopulacji limfocytów TBNK                        | 350,00  |
| 47          | Oznaczanie antygenu HLA B-27 metodą cytometrii przepływowej             | 150,00  |
| 48          | Oznaczanie komórek macierzystych CD 34+ met. cytometrii                 | 160,00  |
| 49          | Oznaczanie komórek NK CD3-CD16+CD56+ met. cytometrii                    | 185,00  |
| 50          | Immunofenotypowanie płynów z jam ciała                                  | 500,00  |
| <b>XXI.</b> | <b>MIKROBIOLOGIA</b>                                                    |         |
| 1           | Wymaz z gardła                                                          | 50,00   |
| 2           | Wymaz z nosa                                                            | 50,00   |
| 3           | Wymaz z oka                                                             | 50,00   |
| 4           | Wymaz z ucha                                                            | 50,00   |
| 5           | Wymaz z cewki moczowej                                                  | 50,00   |
| 6           | Wymaz z kanału szyjki macicy                                            | 50,00   |
| 7           | Wymaz z pochwy                                                          | 50,00   |
| 8           | Wymaz z prącia                                                          | 50,00   |
| 9           | Wymaz z rany                                                            | 70,00   |
| 10          | Wymaz ze zmian skórnych                                                 | 70,00   |
| 11          | Posiew - mocz                                                           | 50,00   |
| 12          | Posiew - nasienie                                                       | 50,00   |
| 13          | Posiew - płwocina                                                       | 50,00   |
| 14          | Posiew – płyn opłucnowy                                                 | 50,00   |
| 15          | Posiew – płyn otrzewnowy                                                | 50,00   |
| 16          | Posiew - PMR                                                            | 50,00   |
| 17          | Posiew - krew                                                           | 80,00   |

|               |                                                                         |                        |                      |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 18            | Posiew – kał u dorosłych                                                | 70,00                  |                      |
| 19            | Posiew – kał u dzieci do lat 2                                          | 70,00                  |                      |
| 20            | Posiew – kał SS                                                         | 90,00                  |                      |
| 21            | Posiew – w kierunku Yersinia i Campylobacter                            | 132,00                 |                      |
| 22            | Posiew – końcówka wkłucia centralnego/cewnika                           | 50,00                  |                      |
| 23            | Antybiogram – posiew tlenowy                                            | 90,00                  |                      |
| 24            | Antybiogram – posiew beztlenowy                                         | 180,00                 |                      |
| 25            | Posiew materiału w kierunku grzybów patogennych                         | 70,00                  |                      |
| 26            | Badanie w kierunku dermatofitów                                         | 220,00                 |                      |
| 27            | Test lateksowy w PMR                                                    | 110,00                 |                      |
| 28            | Mykogram                                                                | 110,00                 |                      |
| 29            | Biocenoza pochwy                                                        | 50,00                  |                      |
| 30            | GBS                                                                     | 132,00                 |                      |
| 31            | Clostridium Difficile GDH+TOX                                           | 200,00                 |                      |
| 32            | Kał Rota/Adenowirus test                                                | 44,00                  |                      |
| 33            | Norowirus w kale                                                        | 132,00                 |                      |
| 34            | Nużeniec                                                                | 110,00                 |                      |
| 35            | Sporal                                                                  | 44,00                  |                      |
| 36            | Wymaz z gardła kolonizacja MSSA/MRSA                                    | 44,00                  |                      |
| 37            | Wymaz z nosa kolonizacja MSSA/MRSA                                      | 44,00                  |                      |
| 38            | Wymaz z odbytu kolonizacja MSSA/MRSA                                    | 44,00                  |                      |
| 39            | Wymaz lub odcisk                                                        | 78,00                  |                      |
| 40            | Wymaz z pochwy na obecność plemników                                    | 120,00                 |                      |
| 41            | Wymaz z odbytu – kolonizacja patogenami alarmowymi                      | 144,00                 |                      |
| <b>XXII.</b>  | <b>NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA MIKROFLORY JELIT,<br/>POCHWY ORAZ ALERGII</b> |                        |                      |
| 1.            | Imu Pro Compete                                                         | 2190,00                |                      |
| 2.            | Imu Pro Basic                                                           | 1150,00                |                      |
| 3.            | Imu Pro Vegetarian                                                      | 1200,00                |                      |
| 4.            | Kyber Kompact                                                           | 490,00                 |                      |
| 5.            | Kyber Kompact PRO                                                       | 740,00                 |                      |
| 6.            | Pasożyty(met. immunoenzymatyczna)                                       | 170,00                 |                      |
| 7.            | Vagistatus Complete                                                     | 1100,00                |                      |
| 8.            | SigA                                                                    | 170,00                 |                      |
| 9.            | Zonulina                                                                | 299,00                 |                      |
| 10.           | Laktoferyna                                                             | 170,00                 |                      |
| 11.           | Dopłata za przygotowanie i wysyłkę próbki do badań                      | 24,39<br>cena<br>netto | 30,00 cena<br>brutto |
| <b>XXIII.</b> | <b>INNE</b>                                                             |                        |                      |
| 1             | Dopłata do badań CITO                                                   | 30% ceny               |                      |

Istnieje możliwość negocjacji ceny zgodnie z wewnętrzną polityką cenową szpitala.



| <b>3 Usługi świadczone przez Zakład Patomorfologii Klinicznej</b><br><b>Tel. 361-31-56</b> |                                                                                                                                                                           |                 |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| L.p.                                                                                       | Nazwa badania                                                                                                                                                             | Cena netto**    | Cena brutto<br>(cena netto +Vat) |
| 1.                                                                                         | Badanie histopatologiczne wycinków (pobranie wycinków wg standardów określonych przez PTP) – za jeden bloczek parafinowy..                                                | 35,00           | ZW                               |
| 2.                                                                                         | Badanie cytologiczne płynów ustrojowych ( z wyjątkiem moczu)                                                                                                              | 40,00           | ZW                               |
| 3.                                                                                         | Badanie cytologiczne moczu                                                                                                                                                | 60,00           | ZW                               |
| 4.                                                                                         | Badanie cytologiczne aspiratów cienkoigłowych – z jednego miejsca pobrania (jednej lokalizacji) zmiany do 3 preparatów                                                    | 40,00           | ZW                               |
|                                                                                            | Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z dwóch miejsc pobrania – do 5 preparatów                                                                                       | 60,00           | ZW                               |
|                                                                                            | Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z trzech miejsc pobrania – do 7 preparatów                                                                                      | 80,00           | ZW                               |
|                                                                                            | Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z czterech miejsc pobrania – do 8 preparatów                                                                                    | 100,00          | ZW                               |
|                                                                                            | Za każdy następny preparat z tej samej zmiany                                                                                                                             | 14,00           | ZW                               |
| 5.                                                                                         | Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG – ocena preparatów wykonanych w MSzS Sp. z o.o.                                                                            | 65,00           | ZW                               |
| 6.                                                                                         | Ocena preparatów z powtórnej biopsji cienkoigłowej tarczycy pod kontrolą USG wykonanych w MSzS Sp. z o.o.                                                                 | 42,00           | ZW                               |
| 7.                                                                                         | Badanie histochemiczne                                                                                                                                                    | 27,00           | ZW                               |
| 8.                                                                                         | Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy (bez pobrania materiału)                                   | 16,50           | ZW                               |
| 9.                                                                                         | Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy wraz z dostarczeniem szczoteczki i szkiełek mikroskopowych | 17,50           | ZW                               |
| 10.                                                                                        | Bad. cytologiczne rozmazów ginekologicznych - z pobraniem materiału w tym:<br><br>pobranie materiału - 15,00 (Por. Gin.) badanie - 16,50 (Z-d Patomorfologii )            | 31,50           | ZW                               |
| 11.                                                                                        | Badanie śródoperacyjne                                                                                                                                                    | 70,00           | ZW                               |
| 12.                                                                                        | Dodatkowe badania immunohistochemiczne niezbędne do postawienia rozpoznania                                                                                               | 65,00 za odczyn | ZW                               |
| 13.                                                                                        | Badanie immunohistochemiczne na obecność H.pylori                                                                                                                         | 50,00           | ZW                               |
| 14.                                                                                        | Oznaczenie receptora HER 2 metodą immunohistochemiczną                                                                                                                    | 80,00           | ZW                               |

|                                                                                                           |                                                                                                          |                |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| 15.                                                                                                       | Oznaczenie receptora HER 2 metodą CISH/FISH                                                              | 400,00         | ZW     |
| 16.                                                                                                       | Badanie p16 metodą immunohistochemiczną                                                                  | 100,00         | ZW     |
| 17.                                                                                                       | Badanie PD-L1 metodą immunohistochemiczną                                                                | 350,00         | ZW     |
| 18.                                                                                                       | Anatomopatologiczna sekcja zwłok                                                                         | 487,80         | 600,00 |
| 19.                                                                                                       | Przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem                                                   | 100,00 za dobę | 123,00 |
| 20.                                                                                                       | Badanie cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym ze szczoteczką i pojemnikiem na badanie - LBC       | 50,00          | ZW     |
| 21.                                                                                                       | Konsultacja preparatów – przypadek, bez badań dodatkowych                                                | 150,00         | ZW     |
| 22.                                                                                                       | Pakiet 1 : LBC + test 14 HR HPV 3 grupy                                                                  | 150,00         | ZW     |
| 23.                                                                                                       | Pakiet 3 : LBC + test 12 HR HPV + 2 LR HPV                                                               | 155,00         | ZW     |
| 24.                                                                                                       | Pakiet 7 : LBC + 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium             | 190,00         | ZW     |
| 25.                                                                                                       | Pakiet : LBC + Test LR HPV : 6 i 11                                                                      | 125,00         | ZW     |
| 26.                                                                                                       | Badanie CINtecPlus – p16+ki67                                                                            | 250,00         | ZW     |
| <b>Testy molekularne na podłożu płynnym</b>                                                               |                                                                                                          |                |        |
| 1.                                                                                                        | Test 14 HR HPV 3 grupy                                                                                   | 135,00         | ZW     |
| 2.                                                                                                        | Test 12 HR HPV + 2 LR HPV                                                                                | 140,00         | ZW     |
| 3.                                                                                                        | Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium            | 175,00         | ZW     |
| 4.                                                                                                        | Test HPV LR: 6 i 11                                                                                      | 110,00         | ZW     |
| <b>Testy wykonane dodatkowo po wcześniejszym badaniu cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym LBC</b> |                                                                                                          |                |        |
| 1.                                                                                                        | Test 14 HR HPV 3 grupy                                                                                   | 110,00         | ZW     |
| 2.                                                                                                        | Test 12 HR HPV + 2 LR HPV                                                                                | 125,00         | ZW     |
| 3.                                                                                                        | Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium            | 150,00         | ZW     |
| 4.                                                                                                        | Test LR : 6 i 11                                                                                         | 95,00          | ZW     |
| <b>INNE</b>                                                                                               |                                                                                                          |                |        |
| 1.                                                                                                        | Opakowanie i wydanie zabezpieczonego materiału ginekologicznego do badania genetycznego w innej placówce | 24,39          | 30,00  |






| <b>4 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Kardiologii Nieinwazyjnej i<br/>Telemedycyny oraz Kliniczny Oddział Kardiologii</b><br>Tel. 361-31-12 |                                                     |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                                                  | Nazwa badania                                       | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                                                    | Badanie USG serca dorosłych                         | 180,00       |
| 2.                                                                                                                                                    | Badanie monitorowanie EKG – 3 odprowadzenia         |              |
|                                                                                                                                                       | - 24 h                                              | 100,00       |
|                                                                                                                                                       | - 48 h                                              | 200,00       |
|                                                                                                                                                       | - 72 h                                              | 250,00       |
| 3.                                                                                                                                                    | Badanie 24 monitorowanie EKG – 12 odprowadzeń       | 150,00       |
| 4.                                                                                                                                                    | Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera  | 100,00       |
| 5.                                                                                                                                                    | Kardiologiczne testy wysiłkowe wykonywane na bieżni | 150,00       |
| 6.                                                                                                                                                    | Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń            | 30,00        |
| 7.                                                                                                                                                    | Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń   | 40,00        |

| <b>5 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Kardiologiczną dla Dzieci</b><br>Tel. 361-34-25 |                                                    |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                           | Nazwa badania                                      | Cena netto** |
| 1.                                                                                             | Badanie USG serca dzieci                           | 180,00       |
| 2.                                                                                             | Badanie 24 h monitorowanie EKG metodą Holtera      | 150,00       |
| 3.                                                                                             | Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera | 100,00       |
| 4.                                                                                             | Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń           | 30,00        |
| 5.                                                                                             | Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń  | 40,00        |

| <b>6 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Audiologiczną</b><br>Tel. 361-35-95 |                               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                | Nazwa badania                 | Cena netto** |
| 1.                                                                                  | ABR diagnostyczne             | 100,00       |
| 2.                                                                                  | ABR progi                     | 150,00       |
| 3.                                                                                  | Akumetria                     | 35,00        |
| 4.                                                                                  | Audiogram tonalny u dorosłych | 50,00        |
| 5.                                                                                  | Audiogram tonalny u dzieci    | 70,00        |

|     |                                      |        |
|-----|--------------------------------------|--------|
| 6.  | VNG                                  | 250,00 |
| 7.  | Otoemisja                            | 50,00  |
| 8.  | Próba Fowlera                        | 35,00  |
| 9.  | Próba Lüscher'a                      | 35,00  |
| 10. | Próba SISI                           | 40,00  |
| 11. | Próba Stenversa                      | 35,00  |
| 12. | Test czynności trąbek słuchowych     | 40,00  |
| 13. | Test Decay                           | 35,00  |
| 14. | Tympanogram + odruchy strzemiączkowe | 50,00  |

**7 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Pulmonologii i Onkologii  
Pulmonologicznej oraz Poradnię Chorób Płuc i Gruźlicy**  
Tel. 361-30-64, 361-30-62, 361-30-60

| L.p. | Nazwa badania                                                                                                                                    | Cena netto** |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Badanie bronchoskopowe diagnostyczne (koszty badania pobranego materiału płatne osobno wg cennika szczegółowego)                                 | 500,00       |
| 2.   | Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuc pod kontrolą USG – EBUS (koszty badania pobranego materiału płatne osobno wg cennika szczegółowego) | 3 000,00     |
| 3.   | Punkcja opłucnej (zwykła igła)                                                                                                                   | 200,00       |
| 4.   | Spirometria zwykła z oceną                                                                                                                       | 70,00        |
| 5.   | Spirometria z próbą rozkurczową lub prowokacyjną                                                                                                 | 90,00        |
| 6.   | 6 minutowy Test chodu (wysiłkowy)                                                                                                                | 100,00       |
| 7.   | Pulsoksymetr. 1 min.                                                                                                                             | 8,00         |
| 8.   | Dyfuzja CO (DLCO)                                                                                                                                | 110,00       |
| 9.   | Pletyzmografia                                                                                                                                   | 170,00       |

**8 Usługi medyczne z zakresu Okulistyki**  
Tel. 361-48-45

| L.p. | Nazwa badania                                       | Cena netto**     |                   |
|------|-----------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| I.   | <b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE</b>                        | <b>jedno oko</b> | <b>dwoje oczu</b> |
| 1.   | Autorefraktometria                                  | -                | 15,00             |
| 2.   | Autorefraktokeratometria                            | -                | 20,00             |
| 3.   | Badanie dna oka z obwodem (Panfundoskopia) z opisem | 45,00            | 100,00            |





|            |                                                                            |          |        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|--------|
| 4.         | Komputerowe badanie pola widzenia                                          | 45,00    | 90,00  |
| 5.         | Pobranie materiału z worka spojówkowego na badanie bakteriologiczne        | 20,00    | 40,00  |
| 6.         | Gonioskopia z opisem                                                       | 40,00    | 80,00  |
| 7.         | TONOMETRIA:                                                                |          |        |
|            | · Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem aplanacyjnym               | -        | 20,00  |
|            | · Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego metodą bezkontaktową                  | -        | 15,00  |
| 8.         | Angiografia fluoresceinowa                                                 | -        | 260,00 |
| 9.         | USG gałki ocznej – z opisem                                                | 100,00   | 180,00 |
| 10.        | USG gałki ocznej UBM                                                       | 120,00   | 200,00 |
| 11.        | OCT – tomografia siatkówki i plamki lub tarcz                              | 70,00    | 140,00 |
| 12.        | Pachymetria na aparacie OCT REVO                                           | 30,00    | 40,00  |
| <b>II.</b> | <b>DROBNE ZABIEGI</b>                                                      |          |        |
| 1.         | Opatrunek oka                                                              | 35,00    |        |
| 2.         | Usunięcie szwów powiekowych                                                | 100,00   |        |
| 3.         | Usunięcie szwów spojówkowych                                               | 100,00   |        |
| 4.         | Usunięcie szwów rogówkowo-twardówkowych                                    | 100,00   |        |
| 5.         | Sprawdzanie drożności dróg łzowych i ich płukanie                          | 300,00   |        |
| 6.         | Płukanie worka spojówkowego przy oparzeniu chemicznym                      | 50,00    |        |
| 7.         | Gradówka                                                                   | 500,00   |        |
| 8.         | Iniekcja pod spojówkowa bez leku                                           | 50,00    |        |
| 9.         | Iniekcja pozagałkowa bez leku                                              | 60,00    |        |
| 10.        | Iniekcja doszklistkowa Lucentis, Eylea                                     | 1 200,00 |        |
| 11.        | Usunięcie zmian skórnych powiekowych niezłośliwych                         | 300,00   |        |
| 12.        | Kempki żółte                                                               | 500,00   |        |
| 13.        | Krioterapia – ciało rzęskowe                                               | 300,00   |        |
| 14.        | Krioterapia – naczyniówka                                                  | 300,00   |        |
| 15.        | Nacięcie powiek – ewakuacja, sączkowanie krwiaka lub ropnia – zaopatrzenie | 300,00   |        |
| 16.        | Skrzydlik – usunięcie                                                      | 1 600,00 |        |
| 17.        | Szycie powieki                                                             | 300,00   |        |
| 18.        | Szycie rany rogówki lub twardówki                                          | 1 900,00 |        |

|             |                                                                                |        |        |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| 19.         | Szycie spojówki                                                                | 200,00 |        |
| 20.         | Usunięcie ciała obcego z rogówki                                               | 150,00 |        |
| 21.         | Usunięcie ciała obcego z worka spojówkowego                                    | 100,00 |        |
| <b>III.</b> | <b>ZABIEGI LASEROWE</b>                                                        |        |        |
| 1.          | Laseroterapia przeciw jaskrowi (gonioplastyka, trabekuloplastyka, iridektomia) | 300,00 |        |
| 2.          | Laseroterapia ogniskowa siatkówki – jeden zabieg                               | 300,00 |        |
| 3.          | Panfotokoagulacja – jedna sesja                                                | 300,00 |        |
| 4.          | Przecięcie torby tylnej soczewki (kapsulotomia laserowa)                       | 300,00 |        |
| 5.          | Konsultacja lekarska w przypadku dyskwalifikacji do zabiegu laserowego         |        | 150,00 |

| <b>9 Usługi świadczone przez Pracownię Endoskopii</b><br>Tel. 361-33-97 |                                                              |                             |                     |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <b>L.p.</b>                                                             |                                                              | <b>Nazwa badania</b>        | <b>Cena netto**</b> |
| <b>I.</b>                                                               |                                                              | <b>GASTROSKOPIA</b>         |                     |
| 1.                                                                      | Gastroskopia prosta                                          |                             | 360,00              |
| 2.                                                                      | Z testem ureazowym                                           |                             | 420,00              |
| 3.                                                                      | Z biopsją z jednej okolicy (w tym badanie histopatologiczne) |                             | 480,00              |
| 4.                                                                      | Z biopsją z dwóch okolic ( w tym badanie histopatologiczne)  |                             | 530,00              |
| 5.                                                                      | Ze znieczuleniem                                             |                             | 720,00              |
| 6.                                                                      | Z ostrzyknięciem krwawiącego naczynia                        |                             | 660,00              |
| <b>II.</b>                                                              |                                                              | <b>REKTOSKOPIA</b>          |                     |
| 1.                                                                      | Rektoskopia prosta                                           |                             | 250,00              |
| 2.                                                                      | Z biopsją + badanie histopatologiczne                        |                             | 320,00              |
| 3.                                                                      | Z polipektomią + badanie histopatologiczne                   |                             | 720,00              |
| <b>III.</b>                                                             |                                                              | <b>FIBEROSIGMOIDOSKOPIA</b> |                     |
| 1.                                                                      | Fiberosigmoidoskopia prosta                                  |                             | 400,00              |
| 2.                                                                      | Z biopsją + badanie histopatologiczne                        |                             | 480,00              |
| 3.                                                                      | Z polipektomią + badanie histopatologiczne                   |                             | 880,00              |
| <b>IV.</b>                                                              |                                                              | <b>KOLONOSKOPIA</b>         |                     |
| 4.                                                                      | Kolonoskopia prosta                                          |                             | 660,00              |





|    |                                                                       |          |
|----|-----------------------------------------------------------------------|----------|
| 5. | Z biopsją + badanie histopatologiczne                                 | 740,00   |
| 6. | Z polipektomią prostą + badanie histopatologiczne ( jeden polip)      | 1 300,00 |
| 7. | Z zabiegiem rozszerzenia światła dolnego odcinka przewodu pokarmowego | 2 600,00 |
| 8. | Ze znieczuleniem                                                      | 1 200,00 |

| <b>10 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu</b> |                                                                                                                              |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>L.p.</b>                                                                                                      | <b>Nazwa badania</b>                                                                                                         | <b>Cena netto**</b> |
| 1.                                                                                                               | Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)                                                  | 1 550,00            |
| 2.                                                                                                               | Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (od 2 do 4 godzin)                                             | 2 400,00            |
| 3.                                                                                                               | Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (powyżej 4 godzin) z wyłączeniem zabiegów kardiochirurgicznych | 3 000,00            |
| 4.                                                                                                               | Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (powyżej 4 godzin) zabiegi z zakresu kardiochirurgii           | 6 650,00            |
| 5.                                                                                                               | Znieczulenie całkowite dożylne (do 30 minut)                                                                                 | 400,00              |
| 6.                                                                                                               | Znieczulenie całkowite dożylne (od 30 do 60 minut)                                                                           | 600,00              |
| 7.                                                                                                               | Znieczulenie podpajęczynówkowe ( do 2 godzin)                                                                                | 1 200,00            |
| 8.                                                                                                               | Znieczulenie podpajęczynówkowe ( powyżej 2 godzin)                                                                           | 1 400,00            |
| 9.                                                                                                               | Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (do 4 godzin) + znieczulenie ogólne                                                      | 2 800,00            |
| 10.                                                                                                              | Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe - poród                                                                                  | 2 200,00            |
| 11.                                                                                                              | Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych (do 2 godzin)                                                                     | 900,00              |
| 12.                                                                                                              | Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych (powyżej 2 godzin)                                                                | 1 200,00            |
| 13.                                                                                                              | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) - zabiegi z zakresu okulistyki                                                     | 300,00              |
| 14.                                                                                                              | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – rezonans magnetyczny                                                             | 750,00              |
| 15.                                                                                                              | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – tomografia komputerowa                                                           | 300,00              |
| 16.                                                                                                              | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) - hemodynamika                                                                     | 750,00              |

|     |                                        |          |
|-----|----------------------------------------|----------|
| 17. | Założenie cewnika do żyły centralnej   | 700,00   |
| 18. | Założenie cewnika czasowego do dializy | 1 050,00 |

**11 Usługi świadczone przez Pracownię Neurofizjologii (EEG)**  
Tel. 361-32-25

| L.p. | Nazwa badania          | Cena netto** |
|------|------------------------|--------------|
| 1.   | Badanie EEG w czuwaniu | 220,00       |
| 2.   | Badanie EEG w śnie     | 250,00       |

**12 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię EMG**  
Tel. 361-32-37

| L.p. | Nazwa badania                                                                                              | Cena netto** |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Przewodnictwo czuciowe – badanie jednego nerwu                                                             | 100,00       |
| 2.   | Przewodnictwo ruchowe z falą F dla jednego nerwu                                                           | 120,00       |
| 3.   | Przewodnictwo ruchowe bez fali F dla jednego nerwu                                                         | 100,00       |
| 4.   | Badanie przewodnictwo czuciowe lub ruchowe w jednym nerwie obwodową metodą „krótkich segmentów” („iching”) | 160,00       |
| 5.   | Badanie czynności elektrofizjologicznej mięśnia                                                            | 180,00       |
| 6.   | Próba miasteniczna                                                                                         | 200,00       |
| 7.   | Próba tężyczkowa                                                                                           | 180,00       |

**13 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Ginekologiczną, Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Poradnię Laktacyjną**

Tel. 361-31-76, 361-32-84, 361-48-93

| L.p. | Nazwa badania                                                                                                      | Cena netto** |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | KTG bez analizy                                                                                                    | 60,00        |
| 2.   | USG ciąży                                                                                                          | 150,00       |
| 3.   | USG macicy                                                                                                         | 150,00       |
| 4.   | Kolposkopia                                                                                                        | 300,00       |
| 5.   | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa | 60,00        |



|    |                                                                                                                       |       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 6. | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna           | 50,00 |
| 7. | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa | 90,00 |
| 8. | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna        | 70,00 |
| 9. | Pobranie materiału do badań cytologicznych / mikrobiologicznych                                                       | 15,00 |

| <b>14 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Ogólnej</b><br><b>Tel. 361-37-73, 361-33-81</b> |                                                                          |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                      | Nazwa badania                                                            | Cena netto** |
| 1.                                                                                                        | Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem) | 200,00       |
| 2.                                                                                                        | Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej                           | 50,00        |

| <b>15 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Onkologicznej</b><br><b>Tel. 361-37-74, 361-30-24</b> |                                                                          |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                            | Nazwa badania                                                            | Cena netto** |
| 1.                                                                                                              | Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem) | 200,00       |
| 2.                                                                                                              | Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej                           | 50,00        |

| <b>16 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Fizjoterapii</b><br><b>Tel. 361-32-30</b> |                                                   |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                    | Nazwa badania                                     | Cena netto** |
| 1.                                                                                      | Galwanizacja                                      | 9,00         |
| 2.                                                                                      | Ćwiczenia bierne                                  | 30,00        |
| 3.                                                                                      | Ćwiczenia czynne                                  | 20,00        |
| 4.                                                                                      | Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagające            | 25,00        |
| 5.                                                                                      | Ćwiczenia kikuta                                  | 15,00        |
| 6.                                                                                      | Ćwiczenia ogólnie usprawniające i inne            | 20,00        |
| 7.                                                                                      | Ćwiczenia specjalne np: metody neurofizjologiczne | 50,00        |
| 8.                                                                                      | Elektrostymulacja                                 | 9,00         |
| 9.                                                                                      | Elektrostymulacja punktowa (n. twarzowy)          | 15,00        |
| 10.                                                                                     | Jonoforeza                                        | 9,00         |

|     |                                                             |       |
|-----|-------------------------------------------------------------|-------|
| 11. | Krioterapia                                                 | 15,00 |
| 12. | Laser                                                       | 9,00  |
| 13. | Laser punktowy                                              | 12,00 |
| 14. | Magnetoterapia                                              | 9,00  |
| 15. | Masaż limfatyczny                                           | 40,00 |
| 16. | Mobilizacja i manipulacja                                   | 40,00 |
| 17. | Nauka posługiwania się protezą                              | 20,00 |
| 18. | Okład parafango                                             | 15,00 |
| 19. | Pionizacja i nauka poruszania się                           | 20,00 |
| 20. | Pole elektromagnetyczne (Terapuls)                          | 9,00  |
| 21. | Prądy diadynamiczne                                         | 9,00  |
| 22. | Prądy Kozł'a                                                | 9,00  |
| 23. | Sollux / Bioptron (światłolecznictwo)                       | 9,00  |
| 24. | TENS                                                        | 9,00  |
| 25. | Ultradźwięki                                                | 10,00 |
| 26. | Fonoforeza                                                  | 10,00 |
| 27. | Wyciągi                                                     | 20,00 |
| 28. | Ćwiczenia rehabilitacyjne w basenie                         | 30,00 |
| 29. | Masaż podwodny całkowity z masażem ręcznym                  | 35,00 |
| 30. | Kąpiel perełkowa                                            | 25,00 |
| 31. | Masaż wirowy kończyn górnych                                | 20,00 |
| 32. | Masaż wirowy kończyn dolnych                                | 20,00 |
| 33. | Masaż limfatyczny-mechaniczny                               | 20,00 |
| 34. | Prądy Nemeca                                                | 9,00  |
| 35. | Pole Magnetyczne                                            | 9,00  |
| 36. | Masaż ręczny kończyny górne – 30 min                        | 40,00 |
| 37. | Masaż ręczny kończyny dolne – 30 min                        | 40,00 |
| 38. | Masaż ręczny wzdłuż kręgosłupa – 30 min                     | 40,00 |
| 39. | Masaż ręczny odcinek szyjny – 15 min                        | 20,00 |
| 40. | Masaż ręczny odcinek piersiowy – 15 min                     | 20,00 |
| 41. | Masaż ręczny odcinek lędźwiowy – 15 min                     | 20,00 |
| 42. | Prądy wysokiej częstotliwości                               | 9,00  |
| 43. | Krioterapia ogólnoustrojowa – kriokomora                    | 40,00 |
| 44. | Diagnostyka funkcjonalna i indywidualna kompleksowa terapia | 70,00 |

| 17 Inne usługi |                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                                  |  |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| L.p.           | Nazwa badania                                                                                                                                                                                                                                    | Cena netto** | Cena brutto<br>(cena netto +Vat) |  |
| 1.             | Konsultacja specjalistyczna dla jednostek zewnętrznych (cena konsultacji udzielanej przez specjalistę bez kosztów dojazdu)<br><i>(Wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsultacji płatne osobno wg cennika szczegółowego).</i> | 350,00       | ZW                               |  |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 2. | Konsultacja specjalistyczna dla jednostek zewnętrznych z dojazdem na terenie Radomia<br><i>(Wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsultacji płatne osobno wg cennika szczegółowego).</i>                                       | 420,00 | ZW    |
| 3. | Konsultacja na podstawie przesłanej dokumentacji medycznej z zewnętrznych jednostek                                                                                                                                                              | 150,00 | ZW    |
| 4. | Orzeczenie lub zaświadczenie związane z ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, nie objętych katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ wydane dla podmiotu zlecającego (np. ZUS, KRUS, PZU lub inny) bądź na życzenie pacjenta | 50,00  | 61,50 |

| <b>18 Szpitalny Oddział Ratunkowy</b><br><b>Cena procedury wykonywanej w SOR</b><br><b>dla pacjentów UE, pacjentów nieubezpieczonych</b> |                                                                                                                                                                                    |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                                     | Nazwa usługi medycznej                                                                                                                                                             | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                                       | Porada lekarska w SOR                                                                                                                                                              | 150,00       |
| 2.                                                                                                                                       | Konsultacja specjalistyczna w SOR                                                                                                                                                  | 170,00       |
| 3.                                                                                                                                       | Opieka pielęgniarska                                                                                                                                                               | 50,00        |
| 4.                                                                                                                                       | Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym od 12 godz. do 24 godz.<br><br><i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i> | 390,00       |
|                                                                                                                                          | Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym za każdą następną dobę.<br><br><i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i> | 340,00       |
| 5.                                                                                                                                       | Monitorowanie ciśnienia                                                                                                                                                            | 8,00         |
| 6.                                                                                                                                       | Pulsoksymetria                                                                                                                                                                     | 8,00         |
| 7.                                                                                                                                       | Elektrokardiografia                                                                                                                                                                | 18,00        |
| 8.                                                                                                                                       | Tlenoterapia                                                                                                                                                                       | 18,00        |
| 9.                                                                                                                                       | Cewnikowanie żył /Założenie dostępu dożylnego (venflon)                                                                                                                            | 17,00        |
| 10.                                                                                                                                      | Cewnikowanie pęcherza moczowego                                                                                                                                                    | 75,00        |
| 11.                                                                                                                                      | Farmakoterapia domięśniowa (bez kosztu podanego leku)                                                                                                                              | 15,00        |
| 12.                                                                                                                                      | Farmakoterapia podskórna (bez kosztu podanego leku )                                                                                                                               | 15,00        |
| 13.                                                                                                                                      | Pobranie materiału do badań laboratoryjnych                                                                                                                                        | 15,00        |
| 14.                                                                                                                                      | Wstrzyknięcie /Infuzja elektrolitów (bez kosztu podanego leku)                                                                                                                     | 24,00        |
| 15.                                                                                                                                      | Aspiracja stawu                                                                                                                                                                    | 67,00        |
| 16.                                                                                                                                      | Podanie anatoksyny tężcowej                                                                                                                                                        | 8,00         |
| 17.                                                                                                                                      | Wlewka doodbytnicza                                                                                                                                                                | 59,00        |
| 18.                                                                                                                                      | Płukanie rany                                                                                                                                                                      | 81,00        |
| 19.                                                                                                                                      | Założenie lub zmiana opatrunku                                                                                                                                                     | 40,00        |

|     |                                                                       |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|--------|
| 20. | Tamponada nosa przy krwotoku                                          | 82,00  |
| 21. | Usunięcie ciała obcego z nosa/ ucha bez nacięcia                      | 50,00  |
| 22. | Usunięcie ciała obcego z przedniej części gałki                       | 107,00 |
| 23. | Zaopatrzenie urazu oka/oczodołu                                       | 164,00 |
| 24. | Usunięcie ciała obcego za skóry i tkanki podskórnej z nacięciem       | 35,00  |
| 25. | Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej              | 116,00 |
| 26. | Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego       | 155,00 |
| 27. | Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania         | 90,00  |
| 28. | Nacięcie zmiany ropnej                                                | 130,00 |
| 29. | Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki                   | 204,00 |
| 30. | Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długość do 4,00 cm | 211,00 |
| 31. | Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran          | 295,00 |
| 32. | Znieczulenie miejscowe powierzchniowe                                 | 58,00  |
| 33. | Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny dolnej | 224,00 |
| 34. | Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny górnej | 145,00 |
| 35. | Założenie innego unieruchomienia gipsowego                            | 184,00 |
| 36. | Założenie innej szyny unieruchamiającej                               | 102,00 |

| <b>19 Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej</b><br><b>Cena procedury wykonywanej w Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej dla pacjentów UE i pacjentów nieubezpieczonych</b> |                                                                 |              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------|--|
| L.p.                                                                                                                                                                                                    | Nazwa usługi medycznej                                          | Cena netto** |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                      | Porada lekarska                                                 | 78,00        |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                      | Opieka pielęgniarska                                            | 13,00        |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                      | Monitorowanie ciśnienia                                         | 8,00         |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                      | Elektrokardiografia                                             | 18,00        |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                      | Tlenoterapia                                                    | 18,00        |  |
| 6.                                                                                                                                                                                                      | Cewnikowanie żył / Założenie dostępu dożylnego                  | 17,00        |  |
| 7.                                                                                                                                                                                                      | Cewnikowanie pęcherza moczowego                                 | 75,00        |  |
| 8.                                                                                                                                                                                                      | Farmakoterapia domięśniowa (bez kosztu podanego leku )          | 15,00        |  |
| 9.                                                                                                                                                                                                      | Farmakoterapia podskórna (bez kosztu podanego leku )            | 15,00        |  |
| 10.                                                                                                                                                                                                     | Wlewka doodbytnicza                                             | 59,00        |  |
| 11.                                                                                                                                                                                                     | Wstrzyknięcie / infuzja elektrolitów (bez kosztu podanego leku) | 24,00        |  |
| 12.                                                                                                                                                                                                     | Założenie lub zmiana opatrunku                                  | 40,00        |  |

**\*\* Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2022r., poz. 931 z późn.zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.



| VI. Cennik usług transportowych jednorazowych (stanowiący zał. Nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego) |                                                                     |                                 |                            |                        |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|
| L.p.                                                                                               | Rodzaj pojazdu                                                      | Cena najmu za 1 godz. /netto/** | Stawka VAT<br>Cena brutto  | Cena za 1 km /netto/** | Stawka VAT<br>Cena brutto |
| 1.                                                                                                 | Samochód sanitarny (karetka)                                        | 35,00                           | ZW                         | 3,50                   | ZW                        |
| 2.                                                                                                 | Karetka Specjalistyczna (Lekarz, Ratownik Medyczny, Kierowca )      | 350,00                          | ZW                         | 3,50                   | ZW                        |
| 3.                                                                                                 | Karetka Podstawowa (Kierowca Ratownik Medyczny, Ratownik Medyczny ) | 320,00                          | ZW                         | 3,50                   | ZW                        |
| 4.                                                                                                 | Samochód dostawczy                                                  | 35,00                           | <u>23%</u><br><b>43,05</b> | 3,50                   | <u>23%</u><br><b>4,31</b> |
| 5.                                                                                                 | Samochód osobowy                                                    | 35,00                           | <u>8%</u><br><b>37,80</b>  | 3,50                   | <u>8%</u><br><b>3,78</b>  |

1. Przy wynajmie karetek do zabezpieczenia imprez sportowych:

- karetka asysty medyczne z 2 ratownikami -320 zł /brutto/ za godzinę + 3,50 za km,

2. Przy wynajmie karetki z noszowym do ceny 1 godz. najmu dolicza się 35 zł /brutto/.

3. W przypadku transportu sanitarnego poza granice kraju do ceny za 1 km dolicza się 2,00 zł /brutto/.

**Ceny usług mogą być indywidualnie negocjowane i ustalone na potrzeby składanych ofert i przetargów.**

**\*\*\*Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi transportu sanitarnego. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz.U. z 2022r., poz.931 z późn. zmianami ). Usługi transportowe służące przewozowi osób lub innym celom, podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

| VII. Cennik opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób i instytucji uprawnionych do pochowania zwłok (stanowiący zał. Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego) |                                                                                                                                          |                  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| L.p.                                                                                                                                                                                              | Wyszczególnienie                                                                                                                         | Cena netto       | Cena brutto<br>(cena netto +23%Vat) |
| 1.                                                                                                                                                                                                | Przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem i przez okres dłuższy niż 72 godziny dla pacjentów po zgonie w tutejszym szpitalu | 100,0<br>za dobę | 123,00                              |

## VIII. Cennik pozostałych usług

**Cennik wynajmu auli, salek dydaktycznych, boksu handlowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5**  
tel. 361-49-07, 361-39-42

| L.p. | Rodzaj usługi                                                                               | Cena netto                      | Cena brutto<br>(cena netto +23%Vat) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1.   | Wynajęcie Auli (do czterech godzin)                                                         | 280,00<br>(za każdą godzinę)    | 344,40<br>(za każdą godzinę)        |
| 2.   | Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną (do czterech godzin)                     | 320,00<br>(za każdą godzinę)    | 393,60<br>(za każdą godzinę)        |
| 3.   | Wynajęcie Auli na jeden dzień (powyżej czterech godzin)                                     | 1.400,00                        | 1722,00                             |
| 4.   | Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną na jeden dzień (powyżej czterech godzin) | 1.500,00                        | 1845,00                             |
| 5.   | Wynajęcie sali dla celów komercyjnych do dwóch godz.<br>Za każdą kolejną godz.              | 150,00<br>(za godzinę)<br>80,00 | 184,50<br>(za godzinę)<br>98,40     |
| 6.   | Wynajęcie boksu handlowego<br>Za jeden dzień                                                | 162,60<br>(za jeden dzień)      | 200,00<br>(za jeden dzień)          |

### Pozostałe usługi

| L.p. | Rodzaj usługi                                                                              | Cena netto                                             | Cena brutto<br>(cena netto +23%Vat) |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.   | Zgubienie breloka – numeru szatniowego                                                     | 20,33                                                  | 25,00                               |
| 2.   | Opłata za dorobienie klucza                                                                | 5,69                                                   | 7,00                                |
| 3.   | Opłata za wymianę zamka w szafce                                                           | 20,33                                                  | 25,00                               |
| 4.   | Opłata za wjazd na parking                                                                 | opłata wg cennika ustalonego przez dzierżawcę parkingu |                                     |
| 5.   | Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna                                   |                                                        |                                     |
|      | Stawka za jedną godzinę                                                                    | 2,68                                                   | 3,30                                |
| 6.   | Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna w czasie zagrożenie epidemicznego |                                                        |                                     |
|      | Stawka za jedną godzinę                                                                    | 2,28                                                   | 2,80                                |



|     |                                                                                                                                                                                                                                       |          |          |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 7.  | Dodatkowa, obowiązkowa opłata za środki ochrony osobistej, zgodne z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi za każdy dzień praktyki studenckiej, zawodowej, zajęć praktycznych oraz stażowych w czasie zagrożenia epidemicznego |          |          |
|     | Oddziały Szpitalne (łącznie z SOR)                                                                                                                                                                                                    | 3,01     | 3,70     |
|     | Poradnie Specjalistyczne                                                                                                                                                                                                              | 2,85     | 3,51     |
|     | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej                                                                                                                                                                                                     | 3,01     | 3,70     |
|     | Zakład Diagnostyki Obrazowej,<br>Zakład Fizjoterapii                                                                                                                                                                                  | 2,85     | 3,51     |
|     | Centralna Sterylizatornia                                                                                                                                                                                                             | 2,85     | 3,51     |
|     | Apteka                                                                                                                                                                                                                                | 2,28     | 2,80     |
|     | Kliniczny Zakład Patomorfologii –<br>zajęcia laboratoryjne                                                                                                                                                                            | 3,96     | 4,87     |
|     | Kliniczny Zakład Patomorfologii –<br>ćwiczenia sekcyjne                                                                                                                                                                               | 19,62    | 24,13    |
| 8.  | Studenckie praktyki zawodowe dla grup zorganizowanych dla kierunku pielęgniarstwo (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Szpitala)                                                              |          |          |
|     | za jedną godzinę od jednego uczestnika                                                                                                                                                                                                | 1,32     | 1,62     |
| 9.  | Studenckie praktyki zawodowe dla grup zorganizowanych dla kierunku fizjoterapia (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Szpitala)                                                                |          |          |
|     | za jedną godzinę od jednego uczestnika                                                                                                                                                                                                | 1,60     | 1,97     |
| 10. | Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku pielęgniarstwo (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun zajęć ze strony Uczelni)                                                                           |          |          |
|     | za jedną godzinę od jednego uczestnika                                                                                                                                                                                                | 0,31     | 0,38     |
| 11. | Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku fizjoterapia (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun zajęć ze strony Uczelni)                                                                             |          |          |
|     | za jedną godzinę od jednego uczestnika                                                                                                                                                                                                | 0,26     | 0,32     |
| 12. | Zajęcia stażowe w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych                                                                                                                                                           |          |          |
|     | za jedną godzinę stażu dla jednego uczestnika                                                                                                                                                                                         | 3,09     | 3,80     |
| 13. | Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 3 miesiące (420 godzin)                                                                                                                                        | 2 122,32 | 2 610,45 |
| 14. | Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 4 miesiące (560 godzin)                                                                                                                                        | 2 800,33 | 3 444,40 |

|     |                                                                                                |                                          |                                               |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 15. | Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 5 miesięcy (700 godzin) | 3 431,30                                 | 4 220,50                                      |
| 16. | Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 6 miesięcy (840 godzin) | 4 098,74                                 | 5 041,46                                      |
| 17. | Wypożyczenie łóżka szpitalnego                                                                 | 50,00 (za 1 miesiąc)<br>(wg zarządzenia) | 61,50 ( za jeden miesiąc)<br>(wg zarządzenia) |

CZŁONEK ZARZĄDU  
DYREKTOR  
ds. Eksploatacyjno-Administracyjnych  
*Krzysztof Zając*

*[Signature]*  
CZŁONEK ZARZĄDU  
DYREKTOR  
ds. Zarządzania Jakością  
*Łukasz Skrzeczynski*



