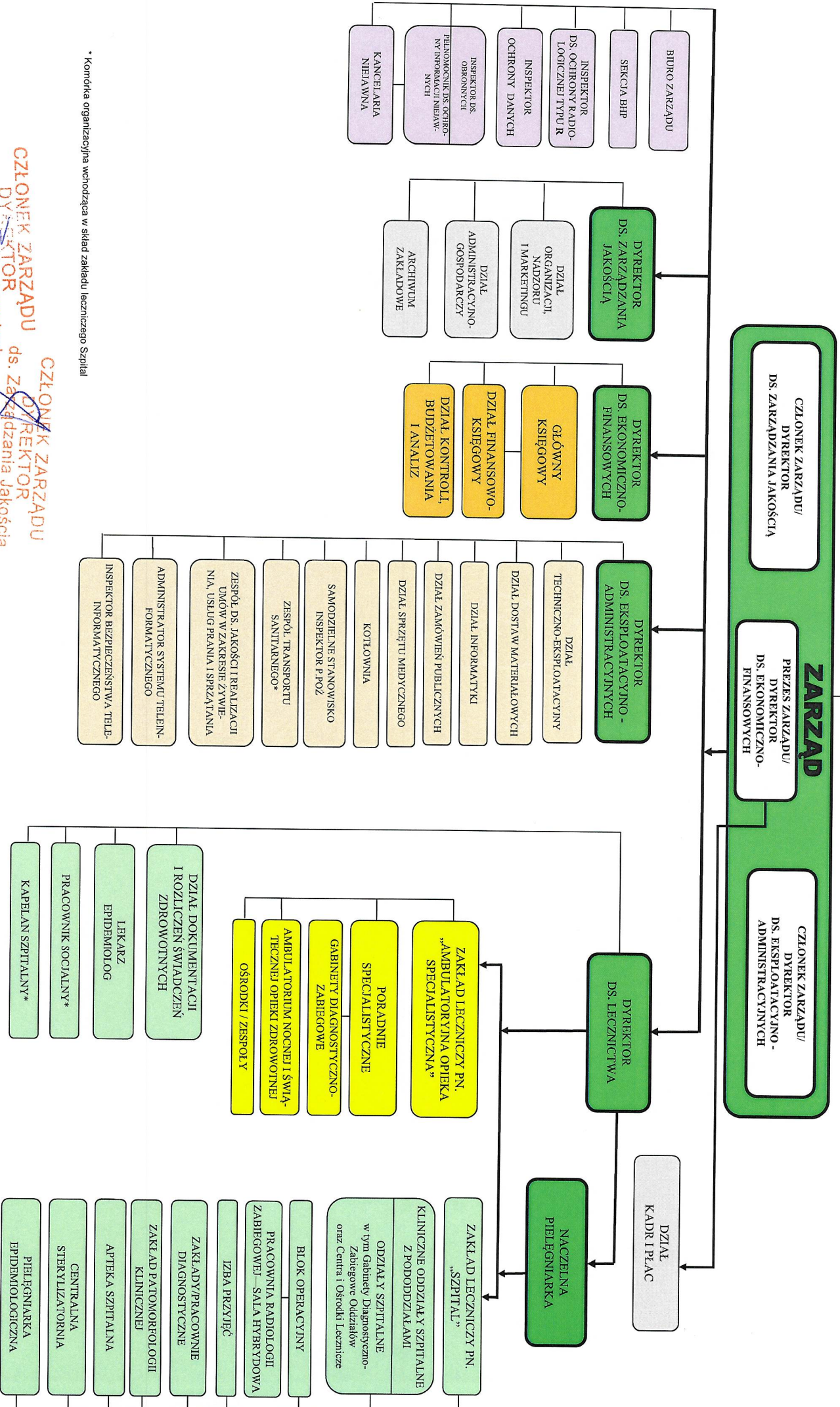


Schemat Organizacyjny Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.

ZGROMADZENIE WSPÓLNIKÓW RADA NADZORCZA

Załącznik Nr 1
do Regulaminu Organizacyjnego
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.



* Komórka organizacyjna wchodząca w skład zakładu leczniczego Szpitala

**CZŁONEK ZARZĄDU
DYREKTOR
ds. Zarządzania Jakością**
Łukasz Skrzeczński

I. Cennik Opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)

Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący zał. Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)			
Lp.	Wyszczególnienie	Cena netto**	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1.	Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej*	9,19	11,30
2.	Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej*	0,32	0,39
3.	Za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych*	1,84	2,26
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!*

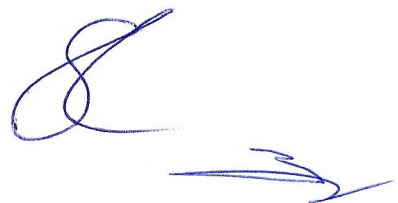
Ceny ulegają zmianie od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2020, poz. 849 z późn. zm.).



II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Lp.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Porada specjalistyczna (Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika).	150,00
2.	Opieka pielęgniarstwa podczas porady lekarskiej	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 2021r., poz.685 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

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	1,80
2	Oddział Chirurgii Dziecięcej	1,70
3	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej	1,50
4	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	1,60
5	Kliniczny Oddział Ginekologiczno-Położniczy	2,30
6	Oddział Hematologii	1,20
7	Oddział Kardiochirurgii	1,60
8	Kliniczny Oddział Kardiologii	1,00
9	Oddział Neonatologii	1,50
10.	Kliniczny Oddział Neurologii	1,40
11.	Oddział Okulistyki	1,60
12.	Kliniczny Oddział Onkologii	1,40
13.	Kliniczny Oddział Pediatrii	1,50
14.	Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej	1,70
15.	Kliniczny Oddział Rehabilitacji z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej	2,10
16.	Kliniczny Oddział Wewnętrzny I	1,30
17.	Oddział Wewnętrzny II i Nadciśnienia Tętniczego	1,50
18.	Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	1,50
19.	Pododdział Reumatologii	1,70
20.	Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii	1,40

IV. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja – usługi komercyjne

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, niewymagającej 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.

Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej

Tel. 361-36-01, 361-33-14

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Cholecystektomia laparoskopowa (hospitalizacja do 3 dni)	4 900,00
2.	Operacja naprawcza przepukliny pachwinowych, pępkowych, brzusznych, udowych z siatką lub bez (hospitalizacja do 4 dni)	5 600,00
3.	Wycięcie torbieli włosowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)	4 700,00
4.	Wycięcie zmian skórnych i tkanki podskórnej (hospitalizacja do 2 dni)	2 700,00
5.	Wycięcie tarczycy (hospitalizacja do 5 dni)	9 750,00
6.	Wycięcie guzka piersi (hospitalizacja do 2 dni)	2 500,00
7.	Wycięcie żylaków odbytu (hospitalizacja do 3 dni)	4 000,00

Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

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)	3 800,00
3.	Adenotomia + paracenteza – wycięcie migdałka gardłowego + nakłucie błony bębenkowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizowana do 2 dni)	3 800,00
4.	Adenotomia + drenaż – wycięcie migdałka gardłowego + drenaż w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	3 800,00
5.	Septoplastyka – plastyka przegrody w znieczuleniu ogólnym	7 400,00

	(hospitalizacja do 4 dni)	
6.	Endoskopowa operacja zatok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)	9 000,00
7.	Usunięcie ślinianki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 8 dni)	14 000,00
8.	Usunięcie torbieli szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)	7 300,00
9.	Operacja węzłów chłonnych szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)	7 400,00
10.	Plastyka podniebienia – laser w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	5 400,00
11.	Mucotomia, RF, Krio w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	3 800,00
12.	Rhinoseptoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)	11 000,00 – 15 000,00
13.	Operacja ucha w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)	10 000,00 – 12 000,00
14.	Myringoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)	7 200,00
15.	Laser krtani, gardła w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 8 dni)	14 000,00
16.	MLS – diagnostyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	4 000,00

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)	3 100,00
2.	Operacja wodniaka jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	3 600,00
3.	Operacja stulejki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	2 650,00
4.	Operacja niezstąpionego jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	3 550,00
5.	Operacja wrastającego paznokcia w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	2 150,00
6.	Usunięcie znamion barwnikowych powłok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	2 700,00

Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
Tel. 361-35-31

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Artroskopia kolana bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)	5 300,00
2.	Przeszczep więzadła krzyżowego kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 3 dni)	6 200,00
3.	Korekcja palucha bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)	3 900,00
4.	Osteotomia korekcyjna palucha koślawego, palców młotkowatych, płaskostopia poprzecznego bez kosztów implantów (hospitalizacja do 4 dni)	6 500,00
5.	Endoproteza biodra bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	12 000,00
6.	Endoproteza kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	12 500,00

Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Ginekologiczno - Położniczy
Tel. 361-32-84

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Wyłyżeczkowanie jamy macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	1 500,00
2.	Wycinki z szyjki macicy i wyłyżeczkowanie kanału szyjki (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	1 500,00
3.	Wycinki ze sromu (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	1 500,00
4.	Laparoskopia diagnostyczna i wycięcie torbieli (hospitalizacja do 3 dni)	5 450,00
5.	Elektrokonizacja szyjki macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	1 550,00
6.	Wycięcie zmiany pochwy (hospitalizacja do 2 dni)	1 950,00

Usługi medyczne świadczone przez Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii
Tel. 361-32-42

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Operacja zespołu cieśni nadgarstka (hospitalizacja do 3 dni)	3 050,00
2.	Operacja dyskopatii szyjnej z wprowadzeniem implantów – implantu sztywnego lub ruchomej protezy dysku szyjnego - bez kosztu implantów (hospitalizacja do 9 dni)	18 850,00

3.	Operacja dyskoptii lędźwiowej bez kosztu implantu (hospitalizacja do 9 dni)	14 700,00
4.	Wartebroplastyka przezskórna bez elementów wszczepiennych (hospitalizacja do 4 dni)	11 150,00

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)	4 300,00
2.	Operacja fakoemulsyfikacji z wszczepieniem soczewki torycznej (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	5 300,00

Usługi medyczne świadczone przez Oddział Kardiologii

Tel. 361-39-85

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Pomostowanie tętnic wieńcowych - by passy (hospitalizacja do 6 dni)	39 600,00
2.	Wszczepienie zastawki aortalnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	34 000,00
3.	Wszczepienie zastawki mitralnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	34 000,00
4.	Naprawa zastawki mitralnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	32 100,00
5.	Naprawa zastawki trójdzielnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	36 700,00
6.	Usuwanie elektrod (TLE) bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 4 dni)	20 200,00
7.	Operacja tętniaka aorty bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 9 dni)	46 300,00

Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Kardiologii i Zakład Hemodynamiki i Interwencji Sercowo-Naczyniowych

Tel. 361-35-27

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Koronarografia z użyciem dwóch cewników (hospitalizacja do 2 dni)	2 800,00
2.	Balonowa angioplastyka wieńcowa (hospitalizacja do 3 dni)	6 350,00

3.	Wprowadzenie jednego stentu do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni)	7 600,00
4.	Wprowadzenie dwóch stentów do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni)	9 000,00

*** 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 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2021 r., poz. 685 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

1. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
I RADIOLOGII INTERWENCYJNEJ

Tel. 361-32-06, 361-32-07

BADANIA RTG		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	RTG nosogardzieli	60,00
2.	RTG zatok nosa	60,00
3.	RTG nosa	56,00
4.	RTG czaszki PA i boczne	67,00
5.	RTG czaszki w projekcji bocznej	56,00
6.	RTG czaszki w projekcji AP	56,00
7.	RTG twarzoczaszki	56,00
8.	RTG okolicy czołowej	56,00
9.	RTG okolicy żuchwy	56,00
10.	RTG oczodołu	56,00
11.	RTG oczodołów	67,00
12.	RTG oczodołów na ciało obce	74,00
13.	RTG potylicy	56,00
14.	RTG kości skroniowej wg Schullera	77,00
15.	RTG st.skroniowo-żuchwowy	67,00
16.	RTG kr. szyjnego AP i boczne	67,00
17.	RTG kr. szyjny celowane na ząb obrotnika	56,00
18.	RTG kr. szyjny czynnościowe	67,00
19.	RTG kr. szyjny skośne	67,00
20.	RTG kr. szyjny celowane boczne kręgu	56,00
21.	RTG kr. piersiowego AP i boczne	67,00
22.	RTG kr. piersiowego celowane kręgu	56,00
23.	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego AP i boczne	67,00
24.	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego celowane kręgu	56,00
25.	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego skosy /czynnościowe	67,00
26.	RTG stawów krzyżowo-biodrowych	56,00
27.	RTG kości krzyżowej	56,00
28.	RTG kości guzicznej	56,00
29.	RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP (1 zdjęcie)	63,00
30.	RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP i boczne 2 (zdjęcia)	74,00
31.	RTG kręgosłupa Th-LS w pozycji stojącej AP (łączenie)	147,00
32.	RTG kręgosłupa Th-LS AP i bok (łączenie)	217,00
33.	RTG żeber (dwie projekcje)	67,00
34.	RTG żeber skośne (jedna projekcja)	56,00
35.	RTG mostka	56,00
36.	RTG obojczyka	56,00
37.	RTG obojczyków - porównawcze	67,00
38.	RTG płuc PA/AP	56,00
39.	RTG płuc PA i boczne	63,00
40.	RTG płuc PA i boczne lewe z barytem	77,00
41.	RTG płuc - boczne	56,00
42.	RTG celowane na szczyty	56,00

43.	RTG przelyku ze środkiem kontrastowym	161,00
44.	RTG żołądka i dwunastnicy	175,00
45.	RTG j. brzusznej	67,00
46.	RTG j. brzusznej celowane	56,00
47.	RTG j. brzusznej i klp ciało obce	74,00
48.	RTG barku	56,00
49.	RTG barku osiowe	56,00
50.	RTG ramienia	56,00
51.	RTG ramienia - transtorakalne	60,00
52.	RTG łopatki	56,00
53.	RTG łokcia AP i boczne	63,00
54.	RTG przedramienia AP i boczne	63,00
55.	RTG nadgarstka	63,00
56.	RTG ręki	63,00
57.	RTG śródreżcza	63,00
58.	RTG rąk-porównawcze	63,00
59.	RTG celowane k.k.górnej	56,00
60.	RTG k. łódeczkowatej nadgarstka	56,00
61.	RTG k. grochowatej nadgarstka	56,00
62.	RTG palca ręki	56,00
63.	RTG ręki na ciało obce	56,00
64.	RTG ręki na wiek kostny	56,00
65.	RTG miednicy	63,00
66.	RTG spojenia łonowego	56,00
67.	RTG st. biodrowego	56,00
68.	RTG st. biodrowego - osiowe	56,00
69.	RTG st biodrowych - porównawcze	63,00
70.	RTG uda	63,00
71.	RTG st.kolanowego	67,00
72.	RTG kolan	77,00
73.	RTG podudzia	63,00
74.	RTG st. skokowego	63,00
75.	RTG stopy	63,00
76.	RTG stóp - porównawcze	63,00
77.	RTG rzepki	56,00
78.	RTG palców stopy	56,00
79.	RTG pięty	56,00
80.	RTG pięt - porównawcze	63,00
81.	RTG celowane k.k.dolnej	56,00
82.	RTG tkanek miękkich kończyny górnej	56,00
83.	RTG tkanek miękkich kończyny dolnej	56,00
84.	RTG kości kończyny dolnej AP (łączenie)	147,00
85.	RTG kości kończyny dolnej AP i bok (łączenie)	217,00

BADANIA USG		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	Biopsja tarczycy pod kontrolą USG	223,00
	USG tarczycy	63,00
	nakłucie do PCI	100,00
	badanie cytologiczne	60,00
2.	Biopsja nadnerczy pod kontrolą USG	217,00
3.	Biopsja układu limfatycznego pod kontrolą USG	217,00
4.	Biopsja wątroby pod kontrolą USG	217,00

5.	Biopsja trzustki pod kontrolą USG	217,00
6.	Biopsja nerki pod kontrolą USG	217,00
7.	Biopsja piersi pod kontrolą USG	217,00
8.	USG tarczycy i przytarczyc	133,00
9.	USG Doppler naczyń szyi	175,00
10.	USG węzłów chłonnych szyi	147,00
11.	USG ślinianek	133,00
12.	USG przezciemiączkowe	133,00
13.	USG krtani	133,00
14.	USG piersi	147,00
15.	USG jamy opłucnej	133,00
16.	USG doppler - naczyń nerkowych	189,00
17.	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	133,00
18.	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	133,00
19.	USG gruczołu krokowego	161,00
20.	USG zakrzepicy żył głębokich	217,00
21.	USG kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną	175,00
22.	USG kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler	175,00
23.	USG kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow	175,00
24.	USG doppler tk narządów mięsnych	175,00
25.	USG doppler naczyń kończyn górnych	175,00
26.	USG doppler naczyń kończyn dolnych	175,00
27.	USG węzłów chłonnych położonych powierzchownie	133,00
28.	USG kończyny górnej (mięśnie, ścięgna)	189,00
29.	USG kończyny dolnej (mięśnie, ścięgna)	189,00
30.	USG stawu barkowego	189,00
31.	USG stawu łokciowego	189,00
32.	USG stawów rąk	189,00
33.	USG stawów stóp	189,00
34.	USG stawu biodrowego	189,00
35.	USG stawów biodrowych	315,00
36.	USG stawów biodrowych niemowląt	161,00
37.	USG stawu kolanowego	189,00
38.	USG stawów kolanowych	315,00
39.	USG jąder	133,00

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	TK głowy bez kontrastu	308,00
2.	TK głowy bez kontrastu i z kontrastem	448,00
3.	Angio TK tętnic szyjnych	714,00
4.	Angio TK tętnic śródczaszkowych	784,00
5.	Tk zatok bez kontrastu	336,00
6.	TK oczodołów bez kontrastu	336,00
7.	TK kości skroniowych bez kontrastu	336,00
8.	TK twarzoczaszki bez kontrastu	336,00
9.	TK zatok bez i z kontrastem	448,00
10.	TK oczodołu bez i z kontrastem	448,00
11.	TK kości skroniowych bez i z kontrastem	448,00
12.	TK twarzoczaszki bez i z kontrastem	448,00
13.	TK szyi bez kontrastu	364,00
14.	Tk szyi bez kontrastu i z kontrastem	644,00
15.	TK klatki piersiowej bez kontrastu	434,00

16.	TK klatki piersiowej HRCT	504,00
17.	TK klatki piersiowej bez i z kontrastem	574,00
18.	Angio TK tętnic płucnych	644,00
19.	Angio TK aorty piersiowej	644,00
20.	TK głowy z kontrastem	420,00
21.	TK brzucha bez kontrastu	434,00
22.	TK miednicy małej bez kontrastu	378,00
23.	TK brzucha bez i z kontrastem	602,00
24.	TK miednicy małej bez i z kontrastem	532,00
25.	TK brzucha bez i z kontrastem (wielofazowe)	672,00
26.	Angio TK aorty brzusznej	714,00
27.	Angio TK tętnic nerkowych	714,00
28.	TK układu kostno-stawowego kończyny górnej bez kontrastu	448,00
29.	TK układu kostno-stawowego kończyny górnej bez i z kontrastem	602,00
30.	TK układu kostno-stawowego kończyny dolnej bez kontrastu	448,00
31.	TK układu kostno-stawowego kończyny dolnej bez i z kontrastem	602,00
32.	TK kości miednicy bez kontrastu	378,00
33.	Angio TK kończyn dolnych/ górnych	784,00
34.	Angio TK innej okolicy anatomicznej	784,00
35.	Angio TK dwóch okolic	1000,00
36.	TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	378,00
37.	TK kręgosłupa szyjnego bez i z kontrastem	574,00
38.	TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	378,00
39.	TK kręgosłupa piersiowego bez i z kontrastem	574,00
40.	TK kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu	378,00
41.	TK kręgosłupa lędźwiowego bez i z kontrastem	574,00
42.	TK kości miednicy bez i z kontrastem	574,00
43.	TK brzucha z miednicą małą bez i z kontrastem	924,00
44.	TK dwóch okolic bez kontrastu	644,00
45.	TK dwóch okolic bez i z kontrastem	844,00
46.	TK trzech okolic bez kontrastu	854,00
47.	TK trzech okolic bez kontrastu i z kontrastem	1 134,00

REZONANS MAGNETYCZNY		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	MR oczodołów bez kontrastu	602,00
2.	MR oczodołów bez kontrastu i z kontrastem	742,00
3.	MR mózgu i nia mózgu bez kontrastu	602,00
4.	MR mózgu i nia mózgu bez kontrastu i z kontrastem	812,00
5.	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny górnej bez kontrastu	714,00
6.	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny górnej bez i z kontrastem	882,00
7.	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny dolnej bez kontrastu	714,00
8.	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny dolnej bez i z kontrastem	882,00
9.	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	602,00
10.	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu	602,00
11.	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu	602,00
12.	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu i z kontrastem	882,00
13.	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem	882,00
14.	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu i z kontrastem	882,00
15.	MR jamy brzusznej bez kontrastu	714,00
16.	MR jamy brzusznej bez kontrastu i z kontrastem	924,00

17.	Angio MR naczyń śródczaszkowych bez kontrastu	714,00
18.	MR przysadki mózgowej bez kontrastu i z kontrastem	994,00
19.	MR gruczołów piersiowych bez kontrastu i z kontrastem	1 064,00
20.	MR kanału rdzeniowego na poziomie dwóch odcinków kręgosłupa bez kontrastu	1 064,00
21.	MR kanału rdzeniowego na poziomie dwóch odcinków kręgosłupa bez kontrastu i z kontrastem	1 274,00
22.	MR układu mięśniowo – szkieletowego dwóch okolic anatomicznych bez kontrastu	1 064,00
23.	MR kanału mięśniowo – szkieletowego dwóch okolic anatomicznych bez kontrastu i z kontrastem	1 274,00

MAMMOGRAFIA		
Lp.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	Biopsja mammotoniczna	2 100,00
2.	Mammografia jednej piersi	50,00
3.	Mammografia obu piersi	100,00

DENSYTOMETRIA		
Lp.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	DXA szyjki kości udowej	60,00
2.	DXA kręgosłupa	60,00
3.	DXA przedramienia	60,00
4.	DXA dwóch obszarów	100,00
5.	DXA całego ciała	120,00

**2. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
Tel. 361-31-28**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
I.	HEMATOLOGIA	
1	Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów	10,00
2	Mikroskopowy obraz krwi obwodowej	25,00
4	Retikulocyty	17,00
5	Płytki krwi	9,00
6	Korekcja liczby płytek krwi(EDTA+ cytrynian sodu)	20,00
7	OB	11,00
II.	KOAGULOLOGIA	
1	Antytrombina III	33,00
2	APTT - czas kaolinowo-kefalinowy	9,00
3	D-dimery	24,00
4	Fibrynogen	11,00
5	INR	9,00

6	Białko S	68,00
7	Białko C	50,00
8	Czynnik VIII	44,00
9	Test korekcji APTT	33,00
III.	ANALITYKA OGÓLNA	
1	Kał-krew utajona	25,00
2	Kał-pasożyty (jedno oznaczenie)	9,00
3	Kał-test na obecność antygenu lamblii	40,00
4	Mocz-badanie ogólne z oceną mikroskopową osadu	11,00
5	Glukoza w moczu	6,00
6	Białko w moczu	17,00
7	Mikroalbuminuria	24,00
8	Mocz-dobowe wydalenie: mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego, sodu, potasu, chlorków, wapnia, magnezu, fosforanu nieorganicznego. Każde badanie wg cennika szczegółowego (patrz: chemia kliniczna)	
9	Amylaza w moczu	8,00
10	Wymaz z odbytu na obecność owsików	11,00
11	Helikobacter pylori w kale	30,00
IV.	CHEMIA KLINICZNA	
1	Albumina	11,00
2	ALT - Aminotransferaza alaninowa	6,00
3	AST - Aminotransferaza asparaginianowa	6,00
4	Amylaza	8,00
5	Białko całkowite	6,00
6	Bilirubina bezpośrednia (związana)	9,00
7	Bilirubina całkowita	7,00
8	Bilirubina pośrednia (wolna)	6,00
9	CRP w surowicy	17,00
10	CRP ultraczułe	145,00
11	Cholesterol całkowity	6,00
12	Cholesterol LDL (met. bezpośrednią)	12,00
13	Cholesterol HDL	7,00
14	LDH – Dehydrogenaza mleczanowa	7,00
15	ALP - Fosfataza zasadowa	6,00
16	Fosforany nieorganiczne	7,00
17	GGTP -Gammaglutamylotranspeptydaza	7,00
18	Gazometria (RKZ)	33,00
19	Glukoza	6,00
20	Doustne testy tolerancji glukozy	
21	OGTT (2pkt):doustny test tolerancji glukozy (75 g)	11,00
22	OGTT(3pkt): doustny test tolerancji glukozy (75 g)	17,00
23	Immunofiksacja	132,00
24	CK - Kinaza fosfokreatynowa	11,00
25	CK-MB Mass	28,00
26	Kreatynina + GFR	7,00
27	Kwas moczowy	8,00
28	Lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL i nie – HDL - wyliczane)	23,00
29	Magnez	7,00
30	Mocznik	6,00
31	Osmolalność moczu	11,00
32	Osmolalność surowicy	11,00
33	Proteinogram	55,00
34	Potas- surowica	7,00
35	Potas – krew włośniczkowa	33,00
36	Trójglicerydy	6,00

37	Wapń całkowity	7,00
38	Wapń zjonizowany	33,00
39	Żelazo	7,00
40	Sód - surowica	7,00
41	Sód - krew włośniczkowa	33,00
42	Chlorki- surowica	7,00
43	Chlorki krew włośniczkowa	33,00
44	Troponina T wysokiej czułości	33,00
45	Prokalcytonina	55,00
46	NT proBNP	66,00
47	Homocysteina	55,00
48	Kwasy żółciowe	44,00
49	Fruktozamina	28,00
50	Amoniak	33,00
51	Interleukina-6	66,00
52	Lipaza	15,00
V.	DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY	
1	FT3 - wolna trójiodotyronina	18,00
2	FT4 - wolna tyroksyna	18,00
3	TSH 3 - hormon tyreotropowy	16,00
4	Anty-TG- Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	39,00
5	Anty-TPO - Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	39,00
VI.	HORMONY PŁCIOWE	
1	Estradiol	24,00
2	FSH - Hormon folikulotropowy	24,00
3	Beta-HCG	33,00
4	LH - Hormon luteinizujący	24,00
5	Prolaktyna	24,00
6	Progesteron	24,00
7	Prolaktyna - test z metoklopramidem -na zlecenie lekarza	48,00
8	Testosteron	24,00
VII.	HORMONY I METABOLITY	
1	DHEA-S- Siarczan dehydroepiandrosteronu	39,00
2	Kortyzol w surowicy	33,00
3	Kortyzol w ślinie	44,00
4	Witamina D3	55,00
5	Kwas wanilinomigdałowy w DZM	55,00
6	Hormon wzrostu GH	39,00
7	IGF - 1	39,00
8	Erytropoetyna	44,00
VIII.	POZOSTAŁE HORMONY	
1	PTH - Parathormon	33,00
2	ACTH	33,00
IX.	DIAGNOSTYKA NIEDOKRWISTOŚCI	
1	Ferrytyna	33,00
2	Witamina B12	24,00
3	Transferyna	24,00
4	TIBC- całkowita zdolność wiązania żelaza	18,00
5	UIBC - utajona zdolność wiązania żelaza	11,00
6	Wysycenie transferyny	55,00
7	Kwas foliowy	28,00
X.	MARKERY NOWOTWOROWE	
1	AFP - alfa-fetoproteina	28,00
2	Antygen CA-125	28,00

3	Antygen CA - 15-3	28,00
4	Antygen CA - 19-9	28,00
5	HE4	83,00
6	ROMA (Ca - 125+HE4)	105,00
7	CEA – Antygen karcynoembrionalny	28,00
8	PSA-Antygen swoisty dla stercza (całkowity)	28,00
9	Index PSA-wolne/PSA-całkowite	77,00
10	Kalprotektyna w kale	77,00
XI.	MONITOROWANIE LEKÓW	
1	Karbamazepina	55,00
2	Kwas walproinowy	66,00
3	Amikacyna	55,00
4	Gentamycyna	55,00
5	Tobramycyna	55,00
6	Wankomycyna	55,00
7	Salicylany	66,00
8	Paracetamol	44,00
XII.	DIAGNOSTYKA CHOROÓB ALERGICZNYCH	
1	IgE - całkowite	28,00
2	Panel pediatriczny 27 alergenów	165,00
3	Panel pokarmowy 20 alergenów	165,00
4	Panel wziewny 20 alergenów	165,00
XIII.	BIAŁKA SPECYFICZNE	
1	RF-Czynnik reumatoidalny	17,00
2	ASO –Antystreptolizyna O	33,00
3	Immunoglobina A	28,00
4	Immunoglobina G	28,00
5	Immunoglobina M	28,00
6	Łańcuchy lekkie KAPPA w surowicy	33,00
7	Łańcuchy lekkie LAMBDA w surowicy	33,00
8	Łańcuchy wolne lekkie KAPPA w surowicy	77,00
9	Łańcuchy wolne lekkie LAMBDA w surowicy	77,00
XIV.	BADANIE NASIENIA wg WYTYCZNYCH WHO 2010	
1	Badanie podstawowe nasienia z oceną żywotności i morfologią plemników	165,00
XV.	DIAGNOSTYKA CUKRZYCY	
1	HbA1c - Hemoglobina glikowana	24,00
2	Insulina	33,00
3	C-peptyd	33,00
XVI.	DIAGNOSTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH	
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 metodą RT-PCR	350,00
5	Wydruk wyniku w języku obcym	100,00
6	HBs- antygen WZW typu B	17,00
7	HBs- antygen – Test potwierdzający dodatniego HBs Ag	33,00
8	Przeciwciała anty- HBs	28,00
9	HIV - Ag p24/Ab HIV1/HIV2	28,00
10	p/ciała anty - HCV	28,00
11	CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgM	44,00
12	CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgG	44,00
13	Toxoplazma gondii – p/ciała IgM	33,00
14	Toxoplazma gondii – p/ciała IgG	33,00
15	p/ciała przeciwko krętkowi blademu(kiła)	33,00

16	Borrelia burgdorferi p/ciało IgG	33,00
17	Borrelia burgdorferi p/ciało IgM	33,00
18	Borrelia burgdorferi p/ciało IgG Western Blot	110,00
19	Borrelia burgdorferi p/ciało IgM Western Blot	110,00
20	HCV – Test potwierdzenia	165,00
21	HIV - Test potwierdzenia	165,00
22	Varicella IgM	28,00
23	Varicella IgG	28,00
24	Toxoplazma IgG, awidność	55,00
25	Chlamydia trachomatis IgA	33,00
26	Chlamydia trachomatis IgG	28,00
27	Chlamydia trachomatis IgM	28,00
28	EBV IgG	28,00
29	EBV IgM	28,00
30	Toxocara canis	28,00
31	p/ciała p/Bordetella Pertussis IgA	33,00
32	p/ciała p/Bordetella Pertussis IgG	28,00
33	p/ciała p/Bordetella Pertussis IgM	28,00
34	p/ciała p/Yersinia IgA	33,00
35	p/ciała p/Yersinia IgG	28,00
36	p/ciała p/Yersinia IgM	28,00
37	p/ciała IgG p/Rubella	28,00
38	p/ciała IgM p/Rubella	28,00
39	p/ciała p/HSV IgG	28,00
40	p/ciała p/HSV IgM	28,00
XVII.	BADANIA TOKSYKOLOGICZNE	
1	Alkohol etylowy	55,00
2	COHb - Hemoglobina tlenkowąglowa	33,00
3	MetHb - Methemoglobina	33,00
4	Panel narkotyki w moczu	110,00
5	Panel dopalacze w moczu	187,00
XVIII.	AUTOIMMUNOLOGIA	
1	ANA test przeglądowy	50,00
2	ANA test potwierdzenia (16 antygenów)	121,00
3	p/c przeciw kardiolipinowe IgG (antyfosfolipidowe)	44,00
4	p/c przeciw kardiolipinowe IgM (antyfosfolipidowe)	44,00
5	p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgG	55,00
6	p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgM	55,00
7	p/c przeciw MPR (pANCA)	44,00
8	p/c przeciw PR3 (cANCA)	44,00
9	p/c przeciw cytrulinowe (anty-CCP)	55,00
10	p/c przeciw receptorom TSH (TRAb)	77,00
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
XIX.	SEROLOGIA GRUP KRWI	
1	Badanie przeglądowe przeciwciał	25,00
2	Grupa krwi w układzie ABO i RhD z badaniem przeglądowym przeciwciał	35,00
3	Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)	22,00
4	Krewkarta (dwukrotne oznaczenie grupy krwi + wydruk Krewkarty)	55,00
5	Wydruk Krewkarty	11,00
XX.	BADANIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE	

1	Albumina w PMR	28,00
2	Badanie ogólne PMR	66,00
3	Białko oligoklonalne w PMR	275,00
4	Mikroskopowa ocena preparatu z PMR	55,00
5	Badanie ogólne płynu stawowego	66,00
6	Badanie płynu z jam ciała – płyn otrzewnowy	55,00
7	Badanie płynu z jam ciała – płyn z jamy opłucnej	80,00
8	Badanie płynu z jam ciała -płyn osierdziowy	55,00
9	Beta-amyloid	385,00
10	Białko Tau całkowite	385,00
11	Białko Tau fosforylowane	385,00
12	Mielogram	110,00
13	Grupa krwi w układzie ABO i RhD u noworodka	33,00
14	Kwalifikacja do badania immunoglobuliny anty-D	55,00
15	Próba zgodności serologicznej z pierwszą jednostką krwi	28,00
16	Próba zgodności serologicznej z kolejną jednostką krwi	17,00
17	Próba zgodności serologicznej dla noworodka	66,00
18	Badania konsultacyjne w RCKiK	600,00
XXI.	MIKROBIOLOGIA	
1	Wymaz z gardła	25,00
2	Wymaz z nosa	25,00
3	Wymaz z oka	25,00
4	Wymaz z ucha	25,00
5	Wymaz z cewki moczowej	25,00
6	Wymaz kanału szyjki macicy	25,00
7	Wymaz z pochwy	25,00
8	Wymaz z prącia	25,00
9	Wymaz z rany	35,00
10	Wymaz ze zmian skórnych	35,00
11	Posiew - mocz	25,00
12	Posiew nasienie	25,00
13	Posiew - płwocina	25,00
14	Posiew – płyn opłucnowy	25,00
15	Posiew – płyn otrzewnowy	25,00
16	Posiew - PMR	25,00
17	Posiew - krew	40,00
18	Posiew – kał u dorosłych	35,00
19	Posiew – kał u dzieci do 2 lat	35,00
20	Posiew – kał SS	45,00
21	Posiew – w kierunku Yersinia i Campylobacter	66,00
22	Posiew – końcówka wkłucia centralnego/cewnika	25,00
23	Antybiogram – posiew tlenowy	45,00
24	Antybiogram – posiew beztlenowy	90,00
25	Posiew materiału w kierunku grzybów patogennych	35,00
26	Badanie w kierunku dermatofitów	110,00
27	Test lateksowy w PMR	55,00
28	Mykogram	55,00
29	Biocenoza pochwy	25,00
30	GBS	66,00
31	Clostridium Difficile GDH+TOX	100,00
32	Kał/Rota/Adenowirus test	22,00
33	Norovirus w kale	66,00
34	Nużeniec	55,00
35	Sporal	22,00
36	Wymaz z gardła kolonizacja MSSA/MRSA	22,00
37	Wymaz z nosa kolonizacja MSSA/MRSA	22,00
38	Wymaz z odbytu kolonizacja MSSA/MRSA	22,00

39	Wymaz lub odcisk	39,00	
40	Wirus grypy A/B RSV	275,00	
41	Wymaz z pochwy na obecność plemników	60,00	
42	Wymaz z odbytu – kolonizacja patogenami alarmowymi	72,00	
XXII.	NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA MIKROFLORY JELIT, POCHWY ORAZ ALERGII		
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	
11	Dopłata za przygotowanie i wysyłkę próbki do badań	24,39 cena netto	30,00 cena brutto
XXIII.	INNE		
1	Dopłata do badań CITO	30% ceny	

Istnieje możliwość negocjacji ceny zgodnie z wewnętrzną polityką cenową Szpitala.

**3. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PRACOWNIĘ HEMATOLOGII I CYTOMETRII PRZEPŁYWOWEJ
Tel. 361-36-37**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
I.	HEMATOLOGIA	
1	Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów	12,00
2	Mikroskopowy obraz krwi obwodowej	18,00
3	Retikulocyty	15,00
4	Korekta płytek krwi	18,00
5	Mielogram	100,00
6	Barwienie cytochemiczne EST: aktywność esterazy nieswoistej w leukocytach	85,00
7	Barwienie cytochemiczne POX: aktywność mieloperoksydazy w leukocytach	85,00
8	Barwienie cytochemiczne PAS: obecność glikogenu w leukocytach	85,00
9	Barwienie cytochemiczne: wolne żelazo w szpiku	85,00
10	Barwienie cytochemiczne FAG: aktywność fosfatazy zasadowej granulocytów	85,00
II.	KOAGULOGIA	
1	Czas korekcji APTT	36,00
2	Czas trombinowy	20,00
3	Czynnik II	80,00
4	Czynnik V	80,00
5	Czynnik VII	80,00
6	Czynnik IX	80,00
7	Czynnik X	80,00
8	Czynnik XI	80,00
9	Czynnik XII	80,00
10	Czynnik von Willebranda aktywność	80,00

11	Czynnik von Willebranda antygen	80,00
12	Inhibitor czynnika VIII	550,00
13	Inhibitor czynnika IX	400,00
III.	CYTOMETRIA PRZEPŁYWOWA	
1	Immunofenotypowa diagnostyka chłoniaków T – panel rozszerzony	900,00
2	Immunofenotypowa diagnostyka chłoniaków B – panel rozszerzony	850,00
3	Immunofenotypowa diagnostyka AML/MDS, ALL-B, ALL-T panel wstępny	700,00
4	Immunofenotypowa diagnostyka AML/MDS, ALL-B, ALL-T panel rozszerzony	1350,00
5	Immunofenotypowa ocena klonalności komórek B-5 antygenów	300,00
6	Immunofenotypowa ocena klonalności komórek B-4 antygeny	270,00
7	Ocena immunofenotypu i klonalności plazmocytów	550,00
8	Immunofenotypowanie limfocytów T CD4/CD8	200,00
9	Immunofenotypowanie subpopulacji limfocytów TBNK	300,00
10	Oznaczanie antygenu HLA B-27 metodą cytometrii przepływowej	150,00
11	Oznaczanie komórek macierzystych CD 34+ met. cytometrii przepływowej	130,00
12	Oznaczanie komórek NK CD3-CD16+CD56+ met. cytometrii przepływowej	170,00
13	Immunofenotypowanie płynów z jam ciała	300,00

**4. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ZAKŁAD PATOMORFOLOGII KLINICZNEJ
Tel. 361-31-56**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	Cena brutto (cena netto + Vat)
1	Badanie histopatologiczne wycinków (pobranie wycinków wg standardów określonych przez PTP) – za jeden bloczek parafinowy. <i>W cenę badania wliczone są niezbędne barwienia histochemiczne.</i>	30,00	ZW
2	Badanie cytologiczne płynów ustrojowych (z wyjątkiem moczu)	35,00	ZW
3	Badanie cytologiczne moczu	60,00	ZW
4	Badanie cytologiczne aspiratów cienkoigłowych – z jednego miejsca pobrania (jednej lokalizacji) zmiany do 3 preparatów	36,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z dwóch miejsc pobrania – do 5 preparatów	57,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z trzech miejsc pobrania – do 7 preparatów	78,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z czterech miejsc pobrania – do 8 preparatów	100,00	ZW
	Za każdy następny preparat z tej samej zmiany	13,00	ZW
5	Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG – ocena preparatów wykonanych w M.Sz.S. Sp. z o.o.	60,00	ZW
6	Ocena preparatów z powtórnej biopsji cienkoigłowej tarczycy pod kontrolą USG wykonanych w M.Sz.S. Sp. z o.o.	40,00	ZW
7	Badanie histochemiczne	25,00	ZW
8	Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy (bez pobrania materiału)	15,00	ZW
9	Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy wraz z dostarczeniem szczoteczki i szkiełek mikroskopowych	16,00	ZW

10	Bad. cytologiczne rozmazów ginekologicznych - z pobraniem materiału w tym: pobranie materiału - 12,00 (Por.Gin.) badanie - 15,00 (Z-d Patomorfologii)	27,00	ZW
11	Badanie śródoperacyjne	65,00	ZW
12	Dodatkowe badania immunohistochemiczne niezbędne do postawienia rozpoznania	60,00 za odczyn	ZW
13	Badanie immunohistochemiczne na obecność H. pylori	50,00	ZW
14	Oznaczenie receptora HER 2 metodą immunohistochemiczną	75,00	ZW
15	Oznaczenie receptora HER 2 metodą CISH/FISH	400,00	ZW
16	Badanie p 16 metodą immunohistochemiczną	100,00	ZW
17	Anatomopatologiczna sekcja zwłok	447,15	550,00
18	Przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem	100,00 za dobę	123,00
19	Badanie cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym ze szczoteczką i pojemnikiem na badanie - LBC	50,00	ZW
20	Konsultacja preparatów – przypadek, bez badań dodatkowych	150,00	ZW
21	Pakiet 1: LBC + test 14 HR HPV 3 grupy	145,00	ZW
22	Pakiet 3: LBC + test 12 HR HPV + 2 LR HPV	150	ZW
23	Pakiet 7: LBC + 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium	185	ZW
24	Pakiet: LBC + Test LR HPV: 6 i 11	120,00	ZW
25	Badanie CINtecPlus – p16+ki67	250,00	ZW
Testy molekularne na podłożu płynnym			
1	Test 14 HR HPV 3 grupy	130,00	ZW
2	Test 12 HR HPV + 2 LR HPV	135,00	ZW
3	Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium	170,00	ZW
4	Test HPV LR: 6 i 11	105,00	ZW
Testy wykonane dodatkowo po wcześniejszym badaniu cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym LBC			
1	Test 14 HR HPV 3 grupy	105,00	ZW
2	Test 12 HR HPV + 2 LR HPV	120,00	ZW
3	Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium	150,00	ZW
4	Test LR: 6 i 11	90,00	ZW
INNE			
1	Opakowanie i wydanie zabezpieczonego materiału ginekologicznego do badania genetycznego w innej placówce	20,32	25

5. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE

**PRZEZ PRACOWNIĘ KARDIOLOGII NIEINWAZYJNEJ I TELEMEDYCyny ORAZ
KLINICZNY ODDZIAŁ KARDIOLOGII
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

**6. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PORADNIĘ KARDIOLOGICZNĄ DLA DZIECI
Tel. 361-34-25**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Badanie USG serca dzieci	180,00
2	Badanie 24h 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

**7. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PRACOWNIĘ AUDIOLOGICZNĄ
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	50,00
6	VNG	154,00
7	Otoemisja	50,00
8	Protezowanie narządu słuchu	56,00
9	Próba Fowlera	35,00
10	Próba Lüschera	35,00
11	Próba SISI	35,00
12	Próba Stenversa	35,00
13	Test czynności trąbek słuchowych	35,00
14	Test Decay	35,00
15	Tympanogram + odruchy strzemiączkowe	50,00

**8. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ODDZIAŁ PULMONOLOGII I ONKOLOGII PULMONOLOGICZNEJ
ORAZ PORADNIĘ CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY
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)	3000,00
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
8	Dyfuzja CO (DLCO)	110,00
9	Pletyzmografia	170,00

**9. USŁUGI MEDYCZNE Z ZAKRESU OKULISTYKI
Tel. 361-48-45**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	
		jedno oko	dwoje oczu
I.	BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
1	Autorefraktometria	-	15,00
2	Autorefraktokeratometria	-	20,00
3	Badanie dna oka z obwodem (Panfundoskopia) z opisem	50,00	100,00
4	Komputerowe badanie pola widzenia	40,00	80,00
5	Test Schirmera	5,00	10,00
6	Badanie pocucia barw	5,00	10,00
7	Egzoftalmometria (pomiar wytrzeszczu)	10,00	20,00
8	Pobranie materiału z worka spojówkowego na badanie bakteriologiczne	20,00	40,00
9	Gonioskopia z opisem	20,00	40,00
	TONOMETRIA:		
10	· Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem aplanacyjnym	-	20,00
	· Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego metodą bezkontaktową	-	15,00
11	Krzywa dzienna ciśnienia śródgałkowego	-	150,00
12	Angiografia fluoresceinowa	-	260,00
13	Angiografia fluoresceinowa z OCT	-	320,00
14	USG gałki ocznej – z opisem	50,00	100,00
15	USG gałki ocznej UBM	60,00	120,00
16	OCT – tomografia siatkówki i płamki lub tarcz	70,00	140,00
17	OCT – tomografia oczna progresji jaskry : OCT GCC+RNFL+topografia nerwu wzrokowego	80,00	160,00
18	Pachymetria na aparacie OCT REVO	20,00	40,00
19	Pomiar komórek śródbłonna metodą bezdotykową mikroskopem spektularnym	35,00	70,00
II.	DROBNE ZABIEGI		
1	Opatrunek oka	10,00	
2	Usunięcie szwów powiekowych	30,00	
3	Usunięcie szwów spojówkowych	50,00	

4	Usunięcie szwów rogówkowo-twardówkowych	80,00	
5	Sprawdzanie drożności dróg łzowych i ich płukanie (procedura oddziałowa)	260,00	
6	Płukanie dróg łzowych (procedura ambulatoryjna)	150,00	
7	Płukanie worka spojówkowego przy oparzeniu chemicznym	50,00	
8	Gradówka	300,00	
9	Iniekcja podspojówkowa bez leku	50,00	
10	Iniekcja pozagałkowa bez leku	60,00	
11	Iniekcja doszklistkowa Lucentis, Eylea	1200,00	
12	Usunięcie zmian skórnych powiekowych niezłośliwych	200,00	
13	Kempki żółte	200,00	
14	Krioterapia – ciało rzęskowe	160,00	
15	Krioterapia - naczyńiówka	160,00	
16	Krioterapia - rogówka	110,00	
17	Nacięcie powiek – ewakuacja, sączkowanie krwiaka lub ropnia - zaopatrzenie	200,00	
18	Skrzydlik – usunięcie	1000,00	
19	Szycie powieki	200,00	
20	Szycie rany rogówki lub twardówki	1025,00	
21	Szycie spojówki	150,00	
22	Usunięcie ciała obcego z rogówki	97,00	
23	Usunięcie ciała obcego z worka spojówkowego	60,00	
III.	ZABIEGI LASEROWE		
1	Laseroterapia przeciw jaskrowa (gonioplastyka, trabekuloplastyka, iridektomia)	230,00	
2	Laseroterapia ogniskowa siatkówki – jeden zabieg	230,00	
3	Panfotokoagulacja – jedna sesja	230,00	
4	Przecięcie torby tylnej soczewki (kapsulotomia laserowa)	230,00	
5	Konsultacja lekarska w przypadku dyskwalifikacji do zabiegu laserowego		120,00

**10. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PRACOWNIĘ ENDOSKOPII
Tel. 361-33-97**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
I.	GASTROSKOPIA	
1	Gastroskopia prosta	300,00
2	Z testem ureazowym	350,00
3	Z biopsją z jednej okolicy (w tym badanie histopatologiczne)	400,00
4	Z biopsją z dwóch okolic (w tym badanie histopatologiczne)	440,00
5	Ze znieczuleniem	600,00
6	Z ostrzyknięciem krwawiącego naczynia	550,00
II.	REKTOSKOPIA	
1	Rektoskopia prosta	200,00
2	Z biopsją + badanie histopatologiczne	260,00
3	Z polipektomią + badanie histopatologiczne	600,00
III.	FIBEROSIGMOIDOSKOPIA	
1	Fiberosigmoidoskopia prosta	330,00
2	Z biopsją + badanie histopatologiczne	400,00
3	Z polipektomią + badanie histopatologiczne	740,00
IV.	KOLONOSKOPIA	
1	Kolonoskopia prosta	550,00
2	Z biopsją + badanie histopatologiczne	600,00
3	Z polipektomią prostą + badanie histopatologiczne (jeden polip)	1 100,00
4	Z zabiegiem rozszerzenia światła dolnego odcinka przewodu pokarmowego	2 200,00
5	Ze znieczuleniem	900,00

**11. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ KLINICZNY ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII, INTENSYWNEJ TERAPII I LECZENIA
BÓLU**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
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

**12. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PRACOWNIĘ NEUROFIZJOLOGII (EEG)
Tel. 361-32-25**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Badanie EEG w czuwaniu	190,00
2	Badanie EEG we śnie	220,00

**13. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PRACOWNIĘ EMG
Tel. 361-32-37**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Przewodnictwo czuciowe – badanie jednego nerwu	80,00
2	Przewodnictwo ruchowe z falą F dla jednego nerwu	100,00
3	Przewodnictwo ruchowe bez fali F dla jednego nerwu	80,00
4	Badanie przewodnictwo czuciowe lub ruchowe w jednym nerwie obwodową metodą „krótkich segmentów” („iching”)	130,00
5	Badanie czynności elektrofizjologicznej mięśnia	160,00
6	Próba miasteniczna	180,00
7	Próba tężyczkowa	160,00



**14. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ GINEKOLOGICZNĄ,
KLINICZNY ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY, PORADNIĘ LAKTACYJNĄ**
Tel. 361-31-76, 361-32-84, 361-48-93

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	KTG bez analizy	50,00
2	USG ciąży	120,00
3	USG macicy	120,00
4	Kolposkopia	300,00
5	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa	40,00
6	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna	30,00
7	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa	70,00
8	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna	50,00
9	Pobranie materiału do badań cytologicznych / mikrobiologicznych	12,00

15. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ CHIRURGII OGÓLNEJ
Tel. 361-37-73, 361-33-81

L.p.	Nazwa badania	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem)	138,21	170,00
2	Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej	32,52	40,00
ZABIEGI Z UŻYCIEM LASERA FRAKCYJNEGO			
1	Laserowe usuwanie zmian skórnych (brodawki, kurczaki, włókniaki, gruczolaki)		
	- jedna zmiana	121,95	150,00
	- każda kolejna zmiana	56,91	70,00
2	Redukcja blizn		
	- pojedyncza blizna (w zależności od wielkości blizny)	81,30-243,90	100,00-300,00
3	Redukcja blizn potrądzikowych/ przerośniętych		
	- pojedyncza blizna	81,30-243,90	100,00-300,00
	- twarz	483,74	595,00
	- policzki	325,20	400,00
	- czoło	243,90	300,00
4	Likwidacja rozstępów		
	- pojedynczy rozstęp	81,30	100,00
	- ramiona	483,74	595,00
	- piersi	483,74	595,00
	- brzuch	406,50	500,00
	- biodra	325,20	400,00
	- pośladki	406,50	500,00
	- uda	406,50	500,00

**16. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ CHIRURGII
ONKOLOGICZNEJ**
Tel. 361-37-74, 361-30-24

L.p.	Nazwa badania	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem)	138,21	170,00
2	Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej	32,52	40,00

17. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ ZAKŁAD FIZJOTERAPII
Tel. 361-32-30

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Galwanizacja	7,00
2	Ćwiczenia bierne	25,00
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	40,00
8	Elektrostymulacja	7,00
9	Elektrostymulacja punktowa (n. twarzowy)	15,00
10	Jonoforeza	7,00
11	Krioterapia	12,00
12	Laser	7,00
13	Laser punktowy	10,00
14	Magnetoterapia	7,00
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)	7,00
21	Prądy diadynamiczne	7,00
22	Prądy Kozt'a	7,00
23	Sollux / Bioptron (światłolecznictwo)	7,00
24	TENS	7,00
25	Ultradźwięki	9,00
26	Fonoforeza	9,00
27	Wyciągi	20,00
28	Ćwiczenia rehabilitacyjne w basenie	30,00
29	Masaż podwodny całkowity z masażem ręcznym	30,00
30	Kąpiel perełkowa	20,00
31	Masaż wirowy kończyn górnych	20,00
32	Masaż wirowy kończyn dolnych	20,00
33	Masaż limfatyczny-mechaniczny	20,00
34	Prądy Nemeca	7,00
35	Pole Magnetyczne	7,00
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	7,00
43	Krioterapia ogólnoustrojowa – kriokomora	40,00
44	Diagnostyka funkcjonalna i indywidualna kompleksowa terapia	60,00

18. INNE USŁUGI

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	Cena brutto (cena netto +Vat)
1	Konsultacja specjalistyczna dla jednostek zewnętrznych (cena konsultacji udzielanej przez specjalistę bez kosztów dojazdu) <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 <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	130,00	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)	41,00	50,43
Orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy - pacjenta			
5	Orzeczenie lub zaświadczenie związane z ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, nie objęte katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ	41,00	50,43
6	Orzeczenie lub zaświadczenie o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych	102,00	125,46

19. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Cena procedury wykonywanej w SOR dla pacjentów UE, pacjentów nieubezpieczonych

L.p.	Nazwa usługi medycznej	Cena netto**
1	Porada lekarska w SOR	130,00
2	Konsultacja specjalistyczna w SOR	150,00
3	Opieka pielęgniarstwa	40,00
4	Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym od 12 godz. do 24 godz. <i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i>	270,00
	Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym za każdą następną dobę. <i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i>	250,00
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	65,00
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)	23,00
15	Aspiracja stawu	57,00
16	Podanie anatoksyny tężcowej	7,00
17	Wlewka doodbytnicza	50,00
18	Płukanie rany	67,00
19	Założenie lub zmiana opatrunku	44,00
20	Tamponada nosa przy krwotoku	72,00
21	Usunięcie ciała obcego z nosa/ucha bez nacięcia	46,00
22	Usunięcie ciała obcego z przedniej części gałki	97,00
23	Zaopatrzenie urazu oka/oczodołu	145,00
24	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tk. podskórnej z nacięciem	29,00
25	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	97,00
26	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obrąbka naskórkowego	101,00
27	Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania	87,00
28	Nacięcie zmiany ropnej	110,00
29	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	167,00
30	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długość do 4,00 cm	173,00
31	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	249,00
32	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	48,00
33	Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny dolnej	144,00
34	Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny górnej	126,00
35	Założenie innego unieruchomienia gipsowego	151,00
36	Założenie innej szyny unieruchamiającej	88,00

20. AMBULATORIUM NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
Cena procedury wykonywanej w Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej dla
pacjentów UE i pacjentów nieubezpieczonych

L.p.	Nazwa usługi medycznej	Cena netto**
1	Porada lekarska	68,00
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	65,00
8	Farmakoterapia domięśniowa (bez kosztu podanego leku)	15,00
9	Farmakoterapia podskórna (bez kosztu podanego leku)	15,00
10	Wlewka doodbytnicza	50,00
11	Wstrzyknięcie / infuzja elektrolitów (bez kosztu podanego leku)	23,00
12	Założenie lub zmiana opatrunku	44,00

**** 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 2021r. , poz. 685 z późn.zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

VI. Cennik Usług transportowych jednorazowych

L.p.	Rodzaj pojazdu	Cena najmu za 1 godz. /netto/**	Stawka VAT Cena brutto	Cena za 1 km /netto/**	Stawka VAT Cena brutto
1	Samochód sanitarny (karetka)	30,00	ZW	3,00	ZW
2	Karetka Specjalistyczna (Lekarz, Ratownik Medyczny, Kierowca)	280,00	ZW	3,00	ZW
3	Karetka Podstawowa (Kierowca Ratownik Medyczny, Ratownik Medyczny)	250,00	ZW	3,00	ZW
4	Samochód dostawczy	28,00	23% 34,44	3,00	23% 3,69
5	Samochód osobowy	28,00	8% 30,24	3,00	8% 3,24

1. Przy wynajmie karetek do zabezpieczania imprez sportowych:
- karetka asysty medycznej z 2 ratownikami – 250 zł/brutto/ za godzinę+3,00 za km,
2. Przy wynajmie karetki z noszowym do ceny 1 godz. najmu dolicza się 30 zł /brutto/.
3. W przypadku transportu sanitarnego poza granice kraju do ceny za 1 km dolicza się 1,00 zł /brutto/.

Ceny usług mogą być indywidualnie negocjowane i ustalane 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 2021r., poz.685 z późn. zmianami). Usługi transportowe służące przewozowi osób lub innym celom, podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

VII. CENNIK POZOSTAŁYCH USŁUG

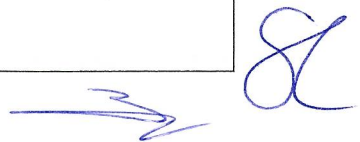
**CENNIK WYNAJMU AULI I SALEK DYDAKTYCZNYCH W MAZOWIECKIM SZPITALU
SPECJALISTYCZNYM SP. Z O.O. przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5
Tel. 048 361-49-07, 048 361-39-42**

L.p.	Rodzaj usługi	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Wynajęcie Auli (do czterech godzin)	240,00 (za każdą godzinę)	295,20 (za każdą godzinę)
2	Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną (do czterech godzin)	270,00 (za każdą godzinę)	332,10 (za każdą godzinę)
3	Wynajęcie Auli na jeden dzień (powyżej czterech godzin)	1 200,00	1 476,00
4	Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną na jeden dzień (powyżej czterech godzin)	1 300,00	1 599,00
5	Wynajęcie sali dla celów komercyjnych do dwóch godz. Za każdą kolejną godz.	130,00 (za godzinę) 70,00	159,90 (za godzinę) 86,10

POZOSTAŁE USŁUGI

L.p.	Rodzaj usługi	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Zgubienie breloka – numeru szatniowego	20,33	25,00

2	Opłata za dorobienie klucza	4,88	6,00
3	Opłata za wymianę zamka w szafce	20,33	25
4	Opłata za wjazd na parking	opłata wg cennika ustalonego przez dzierżawcę parkingu	
5	Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna		
	do 50 godzin	128,86	158,5
	od 51 do 100 godzin	257,72	317
	od 101 do 150 godzin	386,59	475,5
	od 151 do 200 godzin	515,45	634
	powyżej 200 godzin wg faktycznej liczby godzin i stawki godzinowej	2,58 za jedną godzinę	3,17 za jedną godzinę
6	Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna w czasie epidemii COVID-19		
	do 50 godzin	117,07	144
	od 51 do 100 godzin	234,15	288
	od 101 do 150 godzin	351,22	432
	od 151 do 200 godzin	468,29	576,00
	powyżej 200 godzin wg faktycznej liczby godzin i stawki godzinowej	2,34 za jedną godzinę	2,88 za jedną godzinę
7	Dodatkowa, obowiązkowa opłata za środki ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi za każdy dzień praktyki studenckiej, zawodowej, zajęć praktycznych oraz stażowych w czasie epidemii COVID-19		
	Oddziały Szpitalne (z wyjątkiem SOR)	8,80	10,82
	Szpitalny Oddział Ratunkowy	11,25	13,84
	Poradnie Specjalistyczne	4,91	6,04
	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	7,36	9,05
	Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Fizjoterapii	4,91	6,04
	Centralna Sterylizatornia	7,36	9,05
	Apteka	4,91	6,04
	Kliniczny Zakład Patomorfologii – zajęcia laboratoryjne	8,80	10,82
	Kliniczny Zakład Patomorfologii – ćwiczenia sekcyjne	19,90	24,48
	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		1,28	1,57
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	1,39	1,71
10	Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku pielęgniarstwo (Płatnik – Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Szpitala)		
	za jedną godzinę stażu dla jednego uczestnika	0,45	0,55
11	Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku fizjoterapia (Płatnik – Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Szpitala)		



	za jedną godzinę stażu dla jednego uczestnika	0,32	0,39
12	Zajęcia stażowe w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych		
	za jedną godzinę stażu dla jednego uczestnika	2,82	3,47
13	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 3 miesiące (420 godzin)	2 057,33	2 530,52
14	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 4 miesiące (560 godzin)	2 704,32	3 326,31
15	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 5 miesięcy (700 godzin)	3 350,51	4 121,13
16	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 6 miesięcy (840 godzin)	3 997,50	4 916,92
17	Wypożyczenie łóżka szpitalnego	40,00 (za 1 miesiąc) (wg zarządzenia)	49,20 (za jeden miesiąc) (wg zarządzenia)



Rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego

Imię i nazwisko pacjenta

adres zamieszkania.....

adres do korespondencji.....

PESEL pacjenta.....

Zestawienie kosztów leczenia pacjenta nieuprawnionego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych

I. Osobodni pobytu w Oddziale

Lp.	Okres pobytu pacjenta w oddziale (doby hotelowe)	Liczba osobodni pobytu	Jednostkowy koszt osobodnia hospitalizacji	Wartość
1	2	3	4	5
1	od dn. do dn			
2	od dn. do dn			
3	od dn. do dn			

II. Wykonane badania laboratoryjne"

Lp.	Kod ICD 9	Nazwa procedury	Ilość wykonanych	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5	6
1					
2					

III. Wykonane procedury medyczne - diagnostyczne:

Lp.	Kod ICD 9	Nazwa procedury	Ilość wykonanych	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					

IV. Wykonane zabiegi operacyjne i znieczulenia:

Lp.	Kod ICD 9	Nazwa procedury	Ilość wykonanych	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5	6

1					
2					
3					

V. Podane leki

Lp.	Nazwa leku	Ilość	Cena jednostkowa	Wartość
1	2	3	4	5
1				
2				
3				

VI. Przeprowadzone konsultacje - usługi obce:

Lp.	Konsultacje	Ilość wykonań	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5
1				
2				
3				

VII. Koszty transportu

Lp.	Transport	Ilość wykonań	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5
1				
2				

Razem (I+II+III+IV+V+VI+VII)	
------------------------------	--

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
podpis i pieczęć lekarz prowadzącego

Radom, dnia.....

.....
podpis i pieczęć Kierownik oddziału



UMOWA
na odpłatne świadczenia zdrowotne dla pacjenta nieubezpieczonego
(usługa komercyjna w trybie planowym)

zawarta w dniu w Radomiu („Umowa”), pomiędzy :

Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o. w Radomiu, przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000490819, NIP: 7962963679, REGON: 670209356, kapitał zakładowy wynoszący 81.800.000,00 zł, zwanym dalej: „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez:

.....**Świadczeniodawcy**,

a

Panem/Panią.....zam.,

PESEL:....., NIP:..... zwanym „**Świadczeniobiorcą**”,

łącznie zwane: „**Stronami**”

o następującej treści:

Na podstawie art. 55 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295) w związku z § 57 Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. Strony ustalają, co następuje:

§ 1.

1. Świadczeniobiorca oświadcza, że nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego uprawniającego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na terenie RP.
2. Świadczeniobiorca zleca, a Świadczeniodawca przyjmuje do wykonania usługę zdrowotną polegającą na:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
3. Usługa opisana w ust. 2 niniejszego paragrafu zostanie wykonana w Oddziale/Zakładzie*)
..... Świadczeniodawcy.

§ 2.

Strony ustalają następujące terminy wykonania usługi/leczenia/badania/zabiegu, o której mowa w § 1 ust.

2 pkt Umowy:

- termin rozpoczęcia - - przewidywany termin zakończenia -

§ 3.

1. Świadczeniobiorca:
 - a) został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, treści Regulaminu Organizacyjnego obowiązującego u Świadczeniodawcy,
 - b) został pouczone o sposobie przygotowania się do pobytu u Świadczeniodawcy,
 - c) został poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz możliwych działaniach niepożądanych,
 - d) zobowiązuje się przed przystąpieniem Świadczeniodawcy do zabiegu, o którym mowa w § 1 ust. 2 niniejszej umowy podpisać świadomą zgodę na wykonanie tego zabiegu pod rygorem jego niewykonania z przyczyn leżących po stronie Świadczeniobiorcy.
2. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zastosowania się do Regulaminu, o którym mowa w ust. 1 pkt. a) powyżej.

§ 4.



Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 Umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną z uwzględnieniem urządzeń, które są na wyposażeniu Świadczeniodawcy.

§ 5.

1. Za wykonanie usługi, o której mowa w § 1 ust. 2 Świadczeniobiorca zapłaci Świadczeniodawcy wynagrodzenie w wysokościzł (słownie:.....) zgodnie z aktualnie obowiązującym Cennikiem Usług-Cennik Opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja - usługi komercyjne.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 będzie płatne na podstawie faktury gotówką lub kartą płatniczą w kasie głównej szpitala, w dniu rozpoczęcia wykonania usługi.
3. Cena określona w ust. 1 dotyczy usługi standardowej (typowej), bez powikłań. Świadczeniodawca zastrzega, a Świadczeniobiorca przyjmuje do wiadomości fakt, że koszt wykonania usługi może być wyższy, jeśli w trakcie jej realizacji wystąpią okoliczności, wymagające zastosowania działań ponadstandardowych, tj.: przedłużonej hospitalizacji, dodatkowej diagnostyki, farmakoterapii lub innych procedur medycznych.
4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 3, powodujących wzrost kosztu świadczenia zdrowotnego, po wykonaniu usługi, zostanie wyliczony rzeczywisty koszt udzielonego świadczenia, wg załącznika nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. - „Rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego”, zgodnie z art. 24a Ustawy o działalności leczniczej.
5. Dopłata wynikająca z różnicy pomiędzy ceną określoną w ust. 1, a wyliczonym rzeczywistym kosztem leczenia, o którym mowa w ust. 4 w powiązaniu z ust. 3, zostanie przez Świadczeniobiorcę uregulowana niezwłocznie po wykonaniu usługi, w dniu jej zakończenia, w kasie głównej szpitala. Fakt uiszczenia dopłaty zostanie udokumentowany wystawieniem faktury dla Świadczeniobiorcy.
6. W przypadku zwłoki w zapłacie Świadczeniodawca może naliczyć Świadczeniobiorcy odsetki w wysokości ustawowej za zwłokę w zapłacie.

§ 6.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustawy wymienionej na wstępie, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7.

Wszelkie spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy strony będą załatwiać polubownie. Gdy strony nie dojdą do porozumienia spór poddają pod rozstrzygnięcie sądom powszechnym lub Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych działającej przy Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie.

§ 8.

Umowę niniejszą zawarto w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

Świadczeniodawca:

Świadczeniobiorca:



UMOWA
na odpłatne świadczenia zdrowotne dla pacjenta ubezpieczonego
(usługa komercyjna w trybie planowym)

zawarta w dniu w Radomiu pomiędzy:
Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o. przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom,
NIP:....., KRS:....., zwanym *Świadczeniodawcą*, reprezentowanym przez
..... *Świadczeniodawcy – Pana/ią*
a
Panem/Panią.....zam.
PESEL:....., NIP:..... zwanym *Świadczeniobiorcą*

o następującej treści:

Na podstawie art. 55 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295) w związku z § 57 Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. strony ustalają, co następuje:

§ 1.

1. Świadczeniobiorca oświadcza, że: **posiada ubezpieczenie zdrowotne i ma świadomość, iż dane świadczenie jest finansowane ze środków publicznych, ale ze względu na podany czas oczekiwania, chce, aby świadczenie to zostało udzielone na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustaw o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.**
2. Świadczeniobiorca zleca, a Świadczeniodawca przyjmuje do wykonania usługę zdrowotną polegającą na:
 1.
 2.
3. Usługa opisana w ust. 2 niniejszego paragrafu zostanie wykonana w Oddziale/Zakładzie*)
.....
Świadczeniodawcy.

§ 2.

Strony ustalają następujące terminy wykonania usługi/leczenia/badania/zabiegu*), o której mowa w § 1 ust. 2 pkt umowy :

- termin rozpoczęcia - - przewidywany termin zakończenia -

§ 3.

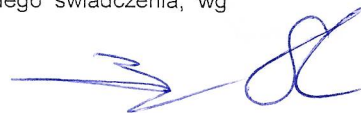
1. Świadczeniobiorca został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, Regulaminie Organizacyjnym podmiotu leczniczego pouczony o sposobie przygotowania się do pobytu u Świadczeniodawcy, podpisał świadomą zgodę na leczenie/wykonanie badania/zabiegu*).
2. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zastosowania się do Regulaminu, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.

§ 4.

Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną z uwzględnieniem urządzeń, które są na wyposażeniu Świadczeniodawcy.

§ 5.

1. Za wykonanie usługi, o której mowa w § 1 ust 2 pkt Świadczeniobiorca zapłaci Świadczeniodawcy wynagrodzenie w wysokości..... zł. (słownie:)
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest płatne na podstawie faktury, gotówką lub kartą płatniczą w kasie głównej szpitala, w dniu rozpoczęcia wykonania usługi.
3. Cena określona w ust. 1 dotyczy usługi standardowej (typowej), bez powikłań. Świadczeniodawca zastrzega, a Świadczeniobiorca przyjmuje do wiadomości fakt, że koszt wykonania usługi może być wyższy, jeśli w trakcie jej realizacji wystąpią okoliczności, wymagające zastosowania działań ponadstandardowych, tj.: przedłużonej hospitalizacji, dodatkowej diagnostyki, farmakoterapii lub innych procedur medycznych.
4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 3, powodujących wzrost kosztu świadczenia zdrowotnego, po wykonaniu usługi, zostanie wyliczony rzeczywisty koszt udzielonego świadczenia, wg



załącznika nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. – „Rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego”, zgodnie z art. 24a Ustawy o działalności leczniczej.

5. Dopłata wynikająca z różnicy pomiędzy ceną określoną w ust. 1, a wyliczonym rzeczywistym kosztem leczenia, o którym mowa w ust. 4 w powiązaniu z ust. 3, zostanie przez Świadczeniobiorcę uregulowana niezwłocznie po wykonaniu usługi, w dniu jej zakończenia, w kasie głównej szpitala. Fakt uiszczenia dopłaty zostanie udokumentowany wystawieniem faktury dla Świadczeniobiorcy.
6. W przypadku zwłoki w zapłacie Świadczeniodawca może naliczyć Świadczeniobiorcy odsetki w wysokości ustawowej za zwłokę w zapłacie.

§ 6.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustawy wymienionej na wstępie, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7.

Wszelkie spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy strony będą załatwiać polubownie. Gdy strony nie dojdą do porozumienia spór poddają pod rozstrzygnięcie sądom powszechnym lub Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych działającej przy Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie.

§ 8.

Umowę niniejszą zawarto w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Świadczeniodawca:

Świadczeniobiorca:



**Cennik opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób
lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok**

Lp.	Wyszczególnienie	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Przechowanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem i przez okres dłuższy niż 72 godziny dla pacjentów po zgonie w tutejszym szpitalu	100,00 za dobę	123,00

A handwritten signature in blue ink, followed by a blue arrow pointing to the left.

**Oświadczenie pracownika o zapoznaniu się z treścią
Regulaminu Organizacyjnego
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.**

Oświadczam, że zapoznałem/am* się z treścią dokumentu:				
Regulamin Organizacyjny				
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.				
i zobowiązuję się do jego stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem				
Nazwa komórki organizacyjnej:				
Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Data	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

