

**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY
w ELBLĄGU**

**CENNIK
USŁUG MEDYCZNYCH
ROK 2026**



Jesteśmy otwarci na rozwiązywanie problemów zdrowotnych Twoich i Twojej rodziny

SPIS TREŚCI:

1 ZAKŁAD RADIOLOGII	3
2 ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ.....	7
3 LABORATORIUM BAKTERIOLOGICZNE.....	11
4 ZAKŁAD REHABILITACJI	14
5 PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ I BANK KRWI ..	16
6 DZIAŁ DEZYNFEKCJI I CENTRALNEJ STERYLIZACJI.....	18
7 INNE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE SZPITALA	19
7.1 OŚRODEK DOMOWEGO LECZENIA TLENEM	19
7.2 ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY.....	19
7.3 PRACOWNIA EEG.....	19
7.4 ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY.....	19
7.5 PORADNIA KONSULTACYJNA OKULISTYCZNA.....	20
7.6 ODDZIAŁ UROLOGICZNY	20
7.7 ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY.....	20
7.8 NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA	21
7.9 PORADA SPECJALISTYCZNA.....	21
7.10 POBYT W ODDZIALE PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO DZIECKA LUB OSOBY O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....	21
7.11 KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE na rzecz innych jednostek medycznych.....	21
7.12 PRACOWNIA NEUROFIZJOLOGII	22
8 USŁUGI MEDYCZNE DODATKOWE - niefinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia	23
8.1 WYDAWANIE ORZECZEŃ/ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH ORAZ WYKONYWANIE BADAŃ LEKARSKICH.....	23
8.2 ZAJĘCIA W SZKOLE RODZENIA.....	24
8.3 USŁUGI NIEMEDYCZNE, OPŁATY ZA USŁUGI ADMINISTRACYJNE....	24
8.4 USŁUGI TRANSPORTU SANITARNEGO	25

1 ZAKŁAD RADIOLOGII

Lp.	NAZWA BADANIA	CENA	
		Poradnie	Indywidualnie
1	MAMMOGRAFIA RTG – KOD 201		
1.1.	Mammografia RTG diagnostyczne na CD	180,00	–
2	USG RADIOLOGICZNE – KOD 202		
2.1	USG - inne powierzchniowe	180,00	–
2.2	USG – biopsje	180,00	–
2.3	USG tarczycy	180,00	–
2.4	USG piersi	180,00	–
2.5	USG jąder	180,00	–
2.6	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	180,00	–
2.7	USG jamy brzusznej + po mikcji	180,00	–
3	USG DOPPLER RTG – KOD 203		
3.1	USG Doppler kolor 1 kończyny tt/żyły	230,00	–
3.2	USG Doppler kolor aorty brzusznej i tętnic biodrowych	230,00	–
3.3	USG Triplex Doppler tętnic domózgowych obejmuje tt. szyjne i podobojczykowe	190,00	–
3.4	USG Doppler kolor żył układu wrotnego i żył wątrobowych/naczyń trzewnych	190,00	–
3.5	USG Doppler kolor inne obejmuje: przetokę dializacyjną lub ocenę naczyniaka lub krwaka tętniczego lub ż. szyjne lub inne	190,00	–
4	RTG GŁOWY – KOD 204		
4.1	RTG twarzoczaszki	70,00	75,00
4.2	RTG żuchwy p-a-1projekcja	70,00	75,00
4.3	RTG żuchwy skos-1 projekcja	70,00	75,00
4.4	RTG oczodołów	70,00	75,00
4.5	RTG czaszki-2 projekcje	70,00	75,00
4.6	RTG zatoki	70,00	75,00
4.7	RTG nosa	70,00	75,00
4.8	RTG czaszki p-a+ 2 boki (urazowe) -3 proj.	70,00	85,00
4.9	RTG czaszki celowane-1 proj.	70,00	75,00
4.10	RTG stawy skroniowe - żuchwowe 2 str.(o+z)	75,00	85,00
4.11	RTG pograniczne czaszkowo-szyjne-2 proj.	70,00	75,00

5	RTG KRĘGOSŁUPA – KOD 205		
5.1	RTG kręgosłupa szyjnego - 2 projekcje	70,00	75,00
5.2	RTG kręgosłupa – 1 projekcja	70,00	75,00
5.3	RTG kręgosłupa piersiowego - 2 projekcje	70,00	80,00
5.4	RTG pogr. piersiow. - lędźwiowego - 2 proj.	70,00	80,00
5.5	RTG kręg. lędźwiowo-krzyżowego - 2 proj.	70,00	80,00
5.6	RTG celowane kręgosłupa - 1 projekcja	70,00	75,00
5.7	RTG kręg. krzyżowego - guziczne – 2 proj.	70,00	80,00
5.8	RTG kręg. szyjnego - czynnościowe – 2 proj.	70,00	75,00
5.9	RTG kręg. Th-L-S na stojąco/skolioza	70,00	75,00
5.10	RTG kręgosłupa L-S czynnościowe - 2 proj.	70,00	80,00
5.11	RTG kręgosłupa–kilka odcinków -skanogram	100,00	105,00
6	RTG KLATKI PIERSIOWEJ – KOD 207		
6.1	RTG żeber	70,00	75,00
6.2	RTG mostka -1 projekcja	70,00	75,00
6.3	RTG obojczyka - 1projekcja	70,00	75,00
6.4	RTG mostka - 2 projekcje	70,00	75,00
6.5	RTG klatki piersiowej(dorośli) - 1 proj.	70,00	75,00
6.6	RTG klatki piersiowej - 2 projekcje	70,00	85,00
6.7	RTG szczytów klatki piersiowej - 1 projekcja	70,00	75,00
6.8	RTG klatki piersiowej z kontrastem - 1 proj.	75,00	85,00
6.9	RTG klatki piersiowej z kontrastem - 2 proj.	80,00	95,00
6.10	RTG kl. piers.(dz.do3r.ż.)/szczyty - 1proj.	70,00	75,00
6.11	RTG kl. piersiowej(dz.do3r.ż.) - 2 proj.	70,00	80,00
6.12	RTG kl. piers. z kontr.(dz.do3 r. ż.) - 1 proj.	70,00	80,00
6.13	RTG kl. piers. z kontr.(dz.do3 r. ż.) - 2 proj.	70,00	85,00
7	RTG SKOPIA – KOD 208		
7.1	Skopia klatki piersiowej	120,00	125,00
7.2	Przełyk z kontrastem	120,00	125,00
7.3	Żołądek i dwunastnica	120,00	125,00
7.4	Pasaż jelita cienkiego	135,00	145,00
7.5	RTG przewodu pokarmowego - ciało obce	120,00	130,00
8	UROGRAFIA RTG – KOD 209		
8.1	Urografia- dorośli z kontr. niejonowym	260,00	280,00
8.2	Urografia - dzieci do 10 lat z kontr. niejon.	140,00	185,00
8.3	Urografia - dzieci do 3 lat z kontr. niejon.	140,00	185,00
9	RTG JAMY BRZUSZNEJ – KOD 213	70,00	80,00

10	RTG JAMY BRZUSZNEJ a-p dzieci do 3 lat - KOD 213	70,00	75,00
11	RTG CELOWANE NEREK – KOD 213	70,00	75,00
12	RTG KOŃCZYN – KOD 214		
12.1	RTG barku - 1 projekcja	70,00	75,00
12.2	RTG barku - 2 projekcje	70,00	75,00
12.3	RTG ramienia - 1 projekcja	70,00	75,00
12.4	RTG ramienia - 2 projekcje	70,00	75,00
12.5	RTG łokcia - 2 projekcje	70,00	75,00
12.6	RTG przedramienia - 2 projekcje	70,00	75,00
12.7	RTG nadgarstka - 1projekcja	70,00	75,00
12.8	RTG nadgarstka - 2projekcje	70,00	75,00
12.9	RTG dłoni - 1 projekcja	70,00	75,00
12.10	RTG dłoni -2 projekcje	70,00	75,00
12.11	RTG palca - 1projekcja	70,00	75,00
12.12	RTG palca - 2projekcje	70,00	75,00
12.13	RTG dłoni porównawcze – RZS	70,00	75,00
12.14	RTG kończyny górnej -inne- 1 projekcja	70,00	75,00
12.15	RTG uda – 2 projekcje	70,00	75,00
12.16	RTG podudzia- 2 projekcje	70,00	75,00
12.17	RTG kolan porównawczo a-p.	70,00	75,00
12.18	RTG kolana - 2 projekcje	70,00	75,00
12.19	RTG stopy - 2 projekcje	70,00	75,00
12.20	RTG stóp-porównawczo a-p.	70,00	75,00
12.21	RTG stawu skokowego- 2 projekcje	70,00	75,00
12.22	RTG pięty - 2 projekcje	70,00	75,00
12.23	RTG kończyny dolnej- inne-1 projekcja	70,00	75,00
12.24	RTG do oceny kości kończyn dolnych-skanogram	100,00	105,00
13	RTG MIEDNICA, STAWY – KOD 217		
13.1	RTG miednicy ze stawami biodrowymi	70,00	75,00
	RTG stawów biodrowych a-p dzieci do 3 lat	70,00	75,00
13.2	RTG stawów krzyżowo–biodrowych	70,00	75,00
	RTG 1 stawu biodrowego - 1 projekcja	70,00	75,00
	RTG 1 stawu biodrowego - 2 projekcje	70,00	75,00
13.3	RTG miednicy mniejszej	70,00	75,00

14	KONSULTACJA RADIOLOGICZNA KONWENCJONALNA – KOD 218	160,00	160,00
15	DENSYTOMETRIA – KOD 200		
15.1	Densytometria – 1 odcinek	95,00	95,00
15.2	Densytometria – 2 odcinki	140,00	140,00
15.3	Densytometria – 3 odcinki	160,00	160,00
15.4	Densytometria – całe ciało z oceną tkanki tłuszczowej i mięśniowej	190,00	190,00

*dotyczy pacjentów nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego Uwaga! Cennik obejmuje zapis na płycie CD.

2 ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	ALAT	100	13,00
2	ACTH	144	40,00
3	ALBUMINA	101	15,00
4	ALFAFETOPROTEINA	138	40,00
5	ALKOHOL ETYLOWY	188	45,00
6	AMONIAK	1104	45,00
7	ANTY-TPO	139	50,00
8	ANTYGEN Ca – 125	140	40,00
9	ANTYGEN CA15,3	140	40,00
10	ANTYGEN CA19,9	140	40,00
11	ANTYGEN CEA	140	40,00
12	ANTYGEN HBS	140	30,00
13	ANTY-HCV	175	45,00
14	ASO – ilościowo	102	50,00
15	ASPAT	103	13,00
16	BHCG	141	45,00
17	BIAŁKO C REAKTYWNE – CRP	104	30,00
18	BIAŁKO CAŁKOWITE	104	15,00
19	BIAŁKO MOCZ/CSF	104	14,00
20	BILIRUBINA BEZPOŚREDNIA	105	16,00
21	BILIRUBINA CAŁKOWITA	105	16,00
22	B2 MIKROGLOBULINA	1100	30,00
23	CALPROTEKTYNA	1105	200,00
24	CHOLESTEROL CAŁKOWITY	106	15,00
25	CHOLESTEROL HDL	106	15,00
26	CHOLESTEROL LDL BEZPOŚREDNI	106	15,00
27	CZAS APTT	161	16,00
28	TEST KOREKCJI APTT	161	30,00
29	CZAS PROTROMBINOWY	162	16,00
30	CZYNNIK R FIŁOŚCIOWO	107	18,00
31	D-DIMERY IŁOŚCIOWO	163	55,00
32	DIATAZA W SUROWICY	108	16,00
33	DIATAZA W MOCZU	108	16,00
34	DOPEŁNIACZ C3	1101	40,00
35	DOPEŁNIACZ C4	1101	40,00
36	ESTRADIOL	142	40,00
37	ELASTAZA W KALE	1106	200,00
38	FIBRYNOGEN	164	25,00

39	FERRYTYNA	156	40,00
40	FOSFATAZA ZASADOWA	109	13,00
41	FOSFOR	110	13,00
42	FOSFOR W MOCZU	110	13,00
43	FSH	143	40,00
44	GAZOMETRIA	130	25,00
45	GENTAMYCYNA	1103	55,00
46	GGTP	111	13,00
47	GLUKOZA	112	13,00
48	GLUKOZA W MOCZU	112	13,00
49	GLUKOZA – NAWAZKA	112	13,00
50	HB-A1C	113	32,00
51	HIV–TEST PODSTAWOWY	176	50,00
52	HOMOCYSTEINA	197	50,00
53	HELICOBACTER PYROLI KAŁ	177	30,00
54	IZOENZYMCK CK-MB	114	20,00
55	IMMUNOGLOBULINA IGA	128	30,00
56	IMMUNOGLOBULINA IGG	128	30,00
57	IMMUNOGLOBULINA IGM	128	30,00
58	IMMUNOGLOBULINA IGE	128	50,00
59	IMMUNOFIKSACJA W SUROWICY	128	150,00
60	IMMUNOFIKSACJA W MOCZU	128	150,00
61	INSULINA	199	40,00
62	NA	115	13,00
63	K	115	13,00
64	CL	115	13,00
65	NA W MOCZU	115	13,00
66	K W MOCZU	115	13,00
67	KAŁ BADANIE OGOLNE	186	40,00
68	KAŁ– KREW UTAJONA	186	30,00
69	KINAZA KREATYNINY (CK)	116	13,00
70	KLIRENS KREATYNINY	117	13,00
71	KORTYZOL	144	40,00
72	KREATYNINA	118	13,00
73	KREATYNINA W MOCZU	118	13,00
74	KWAS MOCZOWY	119	13,00
75	KWAS FOLIOWY	155	40,00
76	KWAS MOCZOWY W MOCZU	119	13,00
77	KWASY ŻOŁCIOWE	108	55,00
78	LDH	120	15,00
79	LH	145	40,00
80	LIPAZA	108	20,00
81	MAGNEZ	121	13,00

82	MAGNEZ–MOCZ	121	13,00
83	MIOGLOBULINA	180	60,00
84	MOCZ-BADANIE OGÓLNE	160	25,00
85	MOCZ– BIAŁKO (DUB)	160	13,00
87	MOCZNIK	122	15,00
88	MOCZNIK W MOCZU	122	15,00
89	MORFOLOGIA	131	25,00
90	ODCZYN OB.	132	15,00
91	OSMOLALNOŚĆ	123	30,00
92	PŁYN STAWOWY – BADANIE OGÓLNE	1107	30,00
93	PŁYN Z JAMY OTRZEWNEJ	1107	35,00
94	PŁYN Z JAMY CIAŁA BAD.	1107	35,00
95	PŁYN Z JAMY OPŁUCNEJ	1107	35,00
96	POBRANIE KRWI	165	10,00
97	PROGESTERON	146	40,00
98	PROLAKTYNA	147	40,00
99	PROTEINOGRAM	124	40,00
100	PROTEINOGRAM PMR/MOCZ	124	45,00
101	PSA	148	40,00
102	WOLNE PSA	158	50,00
103	ProBNP	157	70,00
104	PROCALCETONINA (PCT)	159	85,00
105	PARATHORMON PTH	144	50,00
106	RETYKULOCYTY	135	40,00
107	ROZMAZ KRWI OBWODOWEJ	136	25,00
108	SYPHILIS	1108	25,00
109	TESTOSTERON	149	40,00
110	TRANSFERYNA	125	55,00
111	TROPONINA	150	40,00
112	TROJGLICERYDY	106	13,00
113	TYREOTROPINA TSH	151	30,00
114	PROFIL TOKSYKOLOGICZNY W MOCZU	188	120,00
115	WITAMINA B12	154	40,00
116	WAPN W SUROWICY	126	13,00
117	WAPN W MOCZU	126	13,00
118	VANKOMYCyna	1102	40,00
119	WOLNA TRÓJJODOTYRONINA FT3	152	30,00
120	WOLNA TYROKSYNA FT4	153	30,00
121	WITAMINA D	154	70,00
122	ŻELAZO	127	15,00
123	ANTY –HBC TOTAL	168	50,00
124	BORELIOZA p/c IgG	171	55,00
125	BORELIOZA p/c IgM	171	55,00

126	B2 GLIKOPROTEINA IGG	192	55,00
127	B2 GLIKOPROTEINA IGM	192	55,00
128	CYTOMEGALIA IgG	173	55,00
129	CYTOMEGALIA IgM	173	55,00
131	ODCZYN FTA	181	65,00
132	ODCZYN FTA PMR	181	65,00
133	ODCZYN FTA ABS	181	65,00
134	ODCZYN TPHA	181	40,00
135	ODCZYN VDRL	181	30,00
136	P/CIAŁA anty HBS	166	50,00
137	TOKSOPLAZMOZA IgG	182	55,00
138	TOKSOPLAZMOZA IgM	182	55,00
139	P/CIAŁA CYTRULINOWE-CCP	172	60,00
140	EBV IGG – MONONUKLEOZA	179	55,00
141	EBV IGM – MONONUKLEOZA	179	55,00
143	BORRELIOZA WESTERN BLOT IGM	171	100,00
144	BORRELIOZA WESTERN BLOT IGG	171	100,00
146	BORRELIOZA W PMR IGG	171	100,00
147	BORRELIOZA W PMR IGM	171	100,00
149	TRANSGLUTAMINAZA W KL. IGA	189	50,00
150	TRANSGLUTAMINAZA W KL. IgG	189	50,00
151	PROFIL JELITOWY ASCA W KL. IGA	189	50,00
152	PROFIL JELITOWY ASCA W KL. IGG	189	50,00
153	PROFIL WĄTROBOWY	169	110,00
154	PROFIL SKLERODERMIA	169	200,00
155	P/CIAŁA KARDIOLIPINIE IGG	192	55,00
156	P/CIAŁA KARDIOLIPINIE IGM	192	55,00
159	pANCA (AMPO)	194	55,00
160	ANCA PROFIL IGG	195	160,00
161	P/CIAŁA TYROGLOBULINA	1110	40,00
162	AQWAPORYNA	1111	160,00
163	PROFIL CELIAKE IgG	1112	100,00
164	PROFIL CELIAKE IgA	1112	100,00
165	p/c ANA-HEP 2	1113	70,00
166	PROFIL DERMATOLOGICZNY	1114	240,00
167	PROFIL JĄDROWY PANA 23	1115	190,00
168	PROFIL CYTOPLAZMATYCZNY	1116	170,00
169	PROFIL ONKONEURONALNY	1117	240,00
170	PROFIL MIOPATII ZAPALNYCH	1118	220,00
171	LIPOPROTEINA	119	70,00
172	LIPIDOGRAM	108	50,00
173	JONOGRAM	115	30,00

3 LABORATORIUM BAKTERIOLOGICZNE

Lp.	NAZWA PROCEDURY	CENA
1	BADANIE BAKTERIOLOGICZNE POSIEW – KOD 90	
1.1	1. Wymaz z nosa, gardła, jamy ustnej, płwociny, spojówki	46,00
1.2	2. Wymaz z posiewem beztlenowym: - cewnika dożylnego i centralnego - cewki moczowej - drenu - migdałków - mocz z nerki - napletka - nasienia - odleżyny - owrzodzenia - owrzodzenia rogówki - płyn dializacyjny - protezy naczyniowej - przetoki - rany - ropy - szyjki macicy - ucha - wycinka tkanki - żółci	56,00
1.3	Mocz, mocz z cewnika	19,00
1.4	Wymaz z: - skóry - pochwy	33,00
1.5	- wydzielina oskrzelowa - aspirat tchawiczny - wymaz z rurki intubacyjnej - rurki tracheotomijnej	54,00
1.6	Krew – podłoże pediatriczne	45,00
1.7	Krew – podłoże tlenowe lub beztlenowe	45,00
1.8	Płyny ustrojowe: - mózgowo-rdzeniowy - opłucny - stawowy, osierdziowy, otrzewnowy	60,00
1.9	Wymaz z nosa/gardła/odbytu w kierunku MRSA	25,00
1.10	Wymaz z pochwy/odbytu w kierunku Streptococcus agalactiae	26,00
1.11	Wymaz przesiewowy z nosa/gardła/odbytu od pacjentów i personelu	26,00
1.12	Wymaz przesiewowy z nosa/gardła/odbytu-od pacjentów i personelu w kierunku drobnoustrojów MDR	26,00
1.13	Wymaz z odbytu/kał w kierunku salmonella, candida	44,00
1.14	Kontrola biologiczna czystości wymaz z powierzchni i opad z powietrza	30,00
1.15	Kontrola biologiczna procesu sterylizacji	25,00

2	BADANIE BAKTERIOLOGICZNE identyfikacja drobnoustrojów - KOD 91	
2.1	Drożdżaków z rodzaju candida na podłożu chromogennym	11,00
2.2	Drożdżaków z rodzaju candida–test biochemiczny	35,00
2.3	Pałeczek gram(-)ujemnych- test biochemiczny	38,00
2.4	Test krążkowy: - Streptococcus pneumoniae - Streptococcus alfa-hemolizujący - Enterococcus - pałeczka hemofilna - Moraxella	11,00
2.5	Test biochemiczny: - Streptococcus pneumoniae - Streptococcus alfa-hemolizujący - Enterococcus - pałeczka hemofilna - Neisseria - Moraxella	35,00
2.6	Staphylococcus–test na koagulazę	9,00
2.7	Staphylococcus–test biochemiczny	38,00
2.8	Streptococcus beta-hemolizujący-test serologiczny	19,00
2.9	Streptococcus beta-hemolizujący-test biochemiczny	35,00
2.10	Bakterii beztlenowych –test biochemiczny	40,00
2.11	Bakterioskopia-preparat barwiony metodą gramma	8,00
2.12	Identyfikacja bakterii i grzybów metodą spektrometrii mas	20,00
2.13	Identyfikacja bakterii i grzybów z dodatnich próbek krwi metodą spektrometrii mas	64,00
3	BADANIE BAKTERIOLOGICZNE oznaczenie lekowrażliwości na antybiotyki – KOD 92	
3.1	Metoda krążkowa	22,00
3.2	Metoda MIC–oznaczenie jednego antybiotyku	30,00
3.3	Metoda automatyczna–oznaczenie lekowrażliwości drożdżaków	40,00
3.4	Metoda automatyczna–oznaczenie lekowrażliwości bakterii	42,00
3.5	Metoda MIC–oznaczenie lekowrażliwości bakterii beztlenowych	110,00
3.6	Test immunochromatograficzny w kierunku obecności karbapenemaz KPC, MBL i OXA u pałeczek Gram-ujemnych	62,00
4	PARAZYTOLOGIA - KOD 93	
4.1	Kał w kierunku:(jedna próbka) - jaj glisty - tasiemca - owsika - cyst Giardia	25,00

5	TESTY IMMUNOCHROMATOGRAFICZNE I SEROLOGICZNE - KOD 93	
5.1	Kał w kierunku Rotawirusów/Adenowirusów/Norowirusów	52,00
5.2	Mocz w kierunku Legionella typ 1	50,00
5.3	Mocz w kierunku obecności antygenów: - Neisseria meningitidis - Streptococcus pneumoniae - Streptococcus agalactiae - Haemophilus Influenzae	240,00
5.4	Płyn mózgowo – rdzeniowy w kierunku obecności antygenów: - Neisseria meningitidis - Streptococcus pneumoniae - Streptococcus agalactiae - Haemophilus influenzae	240,00
5.5	Kał w kierunku GDH i toksyn A/B Clostridium difficile	70,00
5.6	Kał w kierunku Campylobacter	40,00
5.7	Kał w kierunku Gardia lamblia	30,00

4 ZAKŁAD REHABILITACJI

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	KINEZYTERAPIA		
1.1	Ćwiczenia indywidualne (dostosowane do rodzaju schorzenia) czas trwania do 30 min.	70	40,00
1.2	Ćwiczenia indywidualne (dostosowane do rodzaju schorzenia) czas trwania ponad 30 min.		55,00
1.3	Ćwiczenia czynne w odciążeniu		15,00
1.4	Ćwiczenia czynne w odciążeniu zop.		20,00
1.5	Ćwiczenia na szynie PCM		30,00
1.6	Pionizacja i nauka poruszania się		40,00
1.7	Wyciągi		25,00
1.8	Ćwiczenia ogólnousprawniające zespołowe (do 5 osób-koszt na osobę)		25,00
2	FIZYKOTERAPIA		
2.1	Galwanizacja	71	20,00
2.2	Jonoforeza		20,00+ leki
2.3	Elektrostymulacja dwubiegunowa		20,00
2.4	Elektrostymulacja jednobiegunowa		25,00
2.5	Tonoliza		25,00
2.6	Prądy diadynamiczne		20,00
2.7	Prądy interferencyjne		20,00
2.8	Prądy TENS		20,00
2.9	Ultradźwięki miejscowe		20,00
2.10	Ultrafonofreza		20,00+ leki
2.11	Terapuls		20,00
2.12	Diatermia krótkofalowa		20,00
2.13	Magnetronic		20,00
2.14	Naświetlanie prom. IR, sollux miejsc.		15,00
2.15	Laseroterapia- skaner		20,00
2.16	Laseroterapia(punktowo)		20,00
2.17	Krioterapia-zimne powietrze		25,00
3	HYDROTERAPIA		
3.1	Kąpiel wirowa kończyn dolnych		40,00
3.2	Kąpiel wirowa kończyn górnych		35,00
4	MASAŻ		
4.1	Masaż klasyczny odcinka lędźwiowo- krzyżowego		45,00
4.2	Masaż klasyczny odcinka piersiowego		45,00

4.3	Masaż klasyczny odcinka szyjnego +obręcz barkowa	73	55,00	
4.4	Masaż klasyczny grzbietu		65,00	
4.5	Masaż klasyczny jednej kończyny górnej		45,00	
4.6	Masaż klasyczny dwóch kończyn górnych		65,00	
4.7	Masaż klasyczny jednej kończyny dolnej		50,00	
4.8	Masaż klasyczny dwóch kończyn dolnych		75,00	
4.9	Masaż klasyczny twarzy		45,00	
4.10	Masaż limfatyczny – leczniczy		65,00	
4.11	Masaż limfatyczny mechaniczny		45,00	
5	PAKIETY REHABILITACYJNE			
5.1	Pakiet usprawnianie w chorobach zwyrodnieniowych (gimnastyka + 2 zabiegi fizykoterapeutyczne)*		74	95,00
5.2	Pakiet fizjoterapia po mastektomii (drenaż limfatyczny, mechaniczny + gimnastyka)	95,00		
5.3	Pakiet fizjoterapia po udarze (gimnastyka + tonoliza/masaż wirowy)*	110,00		
5.4	Pakiet fizjoterapia po endoprotezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego (gimnastyka+2zabiegi fizykoterapeutyczne)*	100,00		
5.5	Pakiet fizjoterapia po rekonstrukcji ACL (gimnastyka+3 zabiegi fizykoterapeutyczne)*	100,00		
6	PORADA SPECJALISTY FIZJOTERAPII	75	85,00	
7	DOBRANIE I DOPASOWANIE ORTEZY	76	60,00	

*masaż klasyczny, aquavibron, masaż podwodny, kąpiel perełkowa nie wchodzi w skład pakietów.

5 PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ I BANK KRWI

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA INDYWIDUALNE ODPLATNE
	GRUPA KRWI		
1	Jedna grupa krwi w układzie ABO, Rh i przeciwciała	80	100,00
2	Dwie grupy krwi do karty identyfikacyjnej (oznaczenie grupy krwi ABO, Rh i przeciwciała) wykonanych z dwóch różnych próbek pobranych tego samego dnia		150,00
3	Badanie podstawowe w ciąży	81	100,00
4	Jedna grupa krwi+ badanie konsultacyjne	82	500,00
5	Oznaczenie fenotypu z układu Rh+K	83	90,00
6	Oznaczenie 1 antygeny z innego układu niż Rh, Kell	84	130,00
7	Odpis grupy krwi	85	16,00
8	Wpis do dokumentu tożsamości	86	20,00
9	Wpis grupy krwi na "KARTĘ IDENTYFIKACYJNĄ"	87	30,00

Uwaga! Badania konsultacyjne - jest to suma badań konsultacyjnych prostych potrzebnych do wykrycia przeciwciał odpornościowych.

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	1 Grupa krwi bez przeciwciał	E65	70,00
2	1 Grupa krwi z przeciwciałami	E65.1	100,00
3	1 Grupa krwi ABO RhD dla noworodka	E31	100,00
4	Test enzymatyczn-scryning (1karta)	E05	82,00
5	Test antyglobulinowy-scryning (1karta)	E21	85,00
6	Próba zgodności 1donacja	E20	110,00
7	Próba zgodności kolejna donacja	E20.1	50,00
8	Badanie podstawowe w ciąży	E31.1	100,00
9	BTA	E21.1	60,00
10	BTA-5klas	E64	87,00
11	Test enzymatyczny - identyfikacja przeciwciał	E05.1	110,00
12	Test antyglobulinowy- identyfikacja przeciwciał	E05.2	115,00
13	Test antyglobulinowy IgG- identyfikacja przeciwciał	E05.3	140,00
14	Test NaCl-identyfikacja przeciwciał	E05.4	90,00
15	Miano przeciwciał odpor.- test PTA mikrometoda	E21.2	120,00
16	Wykonanie eluatu glicyna/eter	E64.1	115,00
17	Oznaczenie antygeny-e	E05.5	35,00

18	Oznaczenie antygenu–E	E05.6	35,00
19	Oznaczenie antygenu–C	E05.7	35,00
20	Oznaczenie antygenu–c	E05.8	35,00
21	Oznaczenie antygenu–Cw	E05.9	36,00
22	Oznaczenie antygenu–K	E05.10	35,00
23	Oznaczenie fenotypu z układu Rh C WcCe+ K	E64.2	90,00
24	Oznaczenie 1 antygenu z innego układu niż Rh i Kell	E05.11	130,00
25	Autoabsorpcja PEG/kwaśna glicyna	E64.3	160,00
26	Absorpcja18 ⁰ C	E05.12	120,00
27	Absorpcja37 ⁰ C	E05.13	140,00
28	Inaktywacja sur. matki/konflikt ABO/termo stabilne u dziecka	E21.3	170,00
29	Oznaczenie zimnych aglutynin-identyfikacja lub amplituda	E64.4	250,00
30	Odpis grupy krwi (grupa krwi ABO RhD badania zewnętrzne	E53	16,00
31	Bank Krwi - 1 preparat	E57	135,00
32	Wpis grupy krwi do dokumentu	E61	20,00
33	KREW KARTA- karta szczególnego biorcy	E87	30,00

6 DZIAŁ DEZYNFEKCJI I CENTRALNEJ STERYLIZACJI

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	STERYLIZACJA PARĄ WODNĄ		
1.1	Zestaw narzędzi (taca)	301	17,50
1.2	Narzędzia różne (pojedyncze)	301	16,25
1.3	Narzędzia różne (pakiet)	301	17,50
2	STERYLIZACJA GAZOWA EO		
2.1	Narzędzia różne (pojedyncze)	301	45,00
3.	STERYLIZACJA PLAZMOWA		
3.1	Narzędzia różne (pojedyncze)	301	93,75
3.2	H2O2 Kosz	301	281,25

7 INNE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE SZPITALA

7.1 OŚRODEK DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	SPIROMETRIA		
1.1	Spirometria bez leku	36	75,00
1.2	Spirometria z lekiem Steri-Neb Salamol		110,00
2	KONSULTACJA LEKARSKA (30 minut)	37	150,00

7.2 ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	USG stawów rąk	44	250,00
2	USG stawów kolanowych/barkowych		250,00
3	Kapilaroskopia	48	100,00
4	Konsultacja lekarska	49	200,00

7.3 PRACOWNIA EEG

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	EEG dla dorosłych	40	180,00

7.4 ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	USG GINEKOLOGIA		
1.1	USG dopochwowe	45	250,00
1.2	USG ciąży		250,00
1.3	USG Doppler ciąży		250,00
1.4	USG ginekologiczne brzuszne		200,00
1.5	USG prenatalne		350,00
2	CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA	46	100,00
3	CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA PŁYNNA		150,00
4	KOLPOSKOPIA GINEKOLOGICZNA	47	300,00

7.5 PORADNIA KONSULTACYJNA OKULISTYCZNA

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	HRT	50	200,00
2	USG oka	51	300,00
3	PORADA AMBULATORYJNA - dla osób nieubezpieczonych	53	300,00
4	AFL	54	400,00
5	OCT	55	300,00
6	LASER		
6.1	Laser-Argon	56	400,00
6.2	Laser Y ag Irydotomia		450,00
6.3	Laser Y ag Kapsulotomia		450,00

7.6 ODDZIAŁ UROLOGICZNY

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	USG transrektalne	43	150,00

7.7 ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	Konsultacja dermatologiczna	701	150,00
2	Konsultacja dermatologiczna związana z kontynuacją leczenia(1 wizyta po 3 naświetlaniach)	702	75,00
3	Fototerapia Pakiet I - 1 tydzień: Konsultacja Dermatologiczna, Naświetlania UV B 311nm-3 x w tygodniu	703	185,00
4	Fototerapia Pakiet II-2tygodnie: Konsultacja Dermatologiczna, Naświetlania UVB 311 nm - 3 x w tygodniu (2 tygodnie) Konsultacja Dermatologiczna po 3 naświetlaniach (ocena stanu pacjenta, wyznaczenie kolejnych dawek naświetleń)	704	290,00
5	Pakiet 9 naświetlań bez wizyty kwalifikacyjnej 9 naświetlań UVB 311 nm lub częściowych 3 Konsultacje Dermatologiczne związane z kontynuacją leczenia	705	329,00
6	Fototerapia-UVA kabina-1naświetlanie	710	30,00
7	Fototerapia-UVB kabina-1naświetlanie	710	30,00
8	Fototerapia-UVA i UVB kabina	710	45,00
9	Fototerapia-UVA częściowa-1naświetlanie	711	25,00
10	Fototerapia-UVB częściowa-1naświetlanie	711	25,00
11	Fototerapia-UVA i UVB częściowa	711	40,00
12	Fototerapia-UVB 311-1 naświetlanie	712	25,00

7.8 NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	WYKONANIE INIEKCJI		
1.1	Wykonanie iniekcji dożylniej	65	32,00*
1.2	Wykonanie iniekcji domięśniowej		30,00*

*dotyczy świadczeń zdrowotnych wykonywanych na zlecenie pacjenta przy skierowaniu podmiotu nie posiadającego umowy z NFZ (zlecenie prywatne)

7.9 PORADA SPECJALISTYCZNA

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	Porada lekarska	32	150,00

7.10 POBYT W ODDZIALE PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO DZIECKA LUB OSOBY O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Pobyt w podmiocie leczniczym przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, który sprawuje opiekę nad pacjentem:

- małoletnim lub
- posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności jest **BEZPŁATNY**.
(art. 35 ust. 4 wzw. Z art. 34 ust 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)*

*Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 1964 Nr 9, poz. 59 ze zm.), dalej k.r.o. przedstawicielem ustawowym jest:

- każdy z rodziców dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każdy z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawy dziecka (art. 98 & 1 k.r.o.);
- opiekun prawny dziecka pozostającego pod jego opieką (art.155&1-2k.r.o.)-o ustanowieniu opiekunem prawnym rozstrzyga sąd opiekuńczy postanowieniem. Osoba twierdząca, że jest opiekunem prawnym musi zatem wylegitymować się postanowieniem sądu opiekuńczego. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p. przez opiekuna faktycznego należy rozumieć osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

7.11 KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE na rzecz innych jednostek medycznych

Lp.	NAZWA BADANIA	CENA
1	Konsultacje Lekarskie	300,00

7.12 PRACOWNIA NEUROFIZJOLOGII

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	Elektroencefalografia jednego nerwu	401	100,00
2	Przewodnictwo jednego nerwu z metodą porównawczą lub inchoingiem	402/403 met. por.	120,00
3	Badanie odruchu mrugania (blinkreflex)	404	130,00
4	Próba ischemiczna (tężyczkowa)	405	140,00
5	Próba miasteniczna (męczliwości) jednego mięśnia	406	140,00
6	Badanie pojedynczego włókna (jeden mięsień)	407	190,00
7	Elektromiografia jednego mięśnia (metoda jakościowa + ilościowa)	408	160,00
8	Elektromiografia metoda jakościowa		140,00

8 USŁUGI MEDYCZNE DODATKOWE - niefinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia

8.1 WYDAWANIE ORZECZEŃ/ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH ORAZ WYKONYWANIE BADAŃ LEKARSKICH

art.16 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Lp.	PRZEDMIOT ŚWIADCZENIA – KOD 307	CENA
WYDAWANIE ZAŚWIADCZEŃ		
1	<p>Orzeczenia: a. o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych b. inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy:</p> <p>–jeżeli nie są związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, –jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, uzyskania świadczenia uzupełniającego lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie</p>	45,00
2	Udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta na rzecz zakładu ubezpieczeń***	50,00
3	Orzeczenia, badania i zaświadczenia lekarskie wydawane na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z toczącym się postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych przepisów *	Ustalane każdorazowo na podstawie zakresu badań
4	Zaświadczenia wystawione przez lekarza lub położną, wydawane na życzenie świadczeniobiorcy - jeżeli nie są wydawane dla celów: a. uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka, b. jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka	45,00
5	Orzeczenia, badania i zaświadczenia lekarskie dla celów rentowych ZUS, KRUS oraz dla zespołów orzekających o stopniach niepełnosprawności wydawane na zlecenie tych podmiotów	45,00
6	Opłata za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny**	15,00/1godz.
7	Konsultacje w trybie pilnym z zaświadczeniem	270,00

Podstawa prawna:

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r.

Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych z dnia 20 grudnia 2004 r.

* Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 kwietnia 2024 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu karnym

* Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 kwietnia 2024 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym

** Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1959 r.

*** Jeżeli pytanie jest złożone i zawiera w sobie kilka pytań, każde z tych pytań traktowanej jest jak pytanie zadane osobno. Odpowiedź na poszczególne pytania zostanie rozliczona zgodnie z cennikiem usług.

8.2 ZAJĘCIA W SZKOLE RODZENIA

Lp.	NAZWA PROCEDURY	KOD	CENA
1	SZKOŁA RODZENIA		
1.1	Pełny cykl szkolenia	300	150,00

8.3 USŁUGI NIEMEDYCZNE, OPŁATY ZA USŁUGI ADMINISTRACYJNE

Lp.	NAZWA PROCEDURY	KOD	CENA
1	Nadanie faxu	306	6,15
2	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym (za potwierdzeniem odbioru) – do 500 g – gabaryt S	220	13,50
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym (za potwierdzeniem odbioru) – do 1000 g – gabaryt M		14,12
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym (za potwierdzeniem odbioru) – do 2000 g – gabaryt L		23,87
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, <u>priorytetowe</u> (za potwierdzeniem odbioru) – do 500g – gabaryt S		14,00
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, <u>priorytetowe</u> (za potwierdzeniem odbioru) – do 1000 g – gabaryt M		14,62
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, <u>priorytetowe</u> (za potwierdzeniem odbioru) – do 2000 g – gabaryt L		26,25
3	Wypożyczenie łóżka	310	2,00/dzień
4	ODPIS DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
4.1	Opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	311	17,00
4.2	Opłata za udostępnienie dokumentacji na elektronicznym nośniku danych		3,40
5	KSERO DOKUMENTACJI		
5.1	Opłata za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej	308	0,60
5.2	Opłata za jedną stronę kopii dokumentów innych niż medyczne oraz dokumentacji medycznej niebędącej własnością WSZ-A4		4,00
5.3	Opłata za jedną stronę kopii dokumentów innych niż medyczne oraz dokumentacji medycznej niebędącej własnością WSZ-A3		5,00

Podstawa prawna:

Art.28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (t.j Dz. U.2024.581.).

Opłaty, o której mowa w art. 28 ust.1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

- pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3;

- w związku z postępowaniem, o którym mowa w [art. 17d ust. 1](#) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta;

- w związku z postępowaniem, o którym mowa w [art. 51 ust. 1](#) ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605), prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta;

- w związku z postępowaniem w sprawie świadczenia kompensacyjnego, o którym mowa w art. 67 v.

Opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

8.4 USŁUGI TRANSPORTU SANITARNEGO

Lp.	RODZAJ USŁUGI Przeznaczenie pojazdu	TYP POJAZDU	CENA (w zł) za 1 km	CENA (w zł) za rozpoczętą wozogodzinę	ZABEZPIECZENIE imprez stacjonarnych (w zł) za rozpoczętą godzinę	KOD
A	B	C	D	E	G	H
1	Samochód osobowy	osobowy	4,00	65,00	–	98
2	Ambulans transportu sanitarnego		4,50	110,00	–	99
3	Zespół podstawowy	AMBULANS Typu A, B lub C	4,50	230,00	310,00	
4	Zespół specjalistyczny	Wg PN-EN 1789	4,50	340,00	390,00	
5	Patrol ratowniczy-dwóch ratowników medycznych				275,00	

***UWAGI:**

- Podatek VAT doliczany będzie do usług transportowych w przypadkach określonych w przepisach o podatku od towarów i usług.
- W przypadkach indywidualnych dopuszcza się możliwość negocjacji ceny.
- Do obliczenia należności należy dodać kolumnę D i E (przejechane kilometry liczone są w obie strony).
Wozogodzina - godzina pracy samochodu, którą należy dodać do przejechanych kilometrów.
Każdą wozogodzinę rozpoczyna kolejna godzina przejazdu.
- Przy zabezpieczeniu imprez stacjonarnych (np. koncerty, mecze itp.) korzystamy z kolumny G.
Samochód wymieniony w poz. 1 nie jest dostępny do przewozu pacjentów.

DYREKTOR NACZELNY

mgr Elżbieta Geleert
Dyrektor Naczelny

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu
DIREKTOR
ds. ekonomiczno - finansowych

Piotr Tomaszewski
Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych

