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	CENA 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 krwiaka 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(dorosły) - 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 MIKROGLOBULIMA	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 FILOŚCIOWO	107	18,00
31	D-DIMERY ILOŚCIOWO	163	55,00
32	DIASTAZA W SUROWICY	108	16,00
33	DIASTAZA 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 – NAWAŻKA	**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 OGÓLNE	**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 ŻÓŁCIOWE	**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	TRÓJGLICERYDY	**106**	**13,00**
113	TYREOTROPINA TSH	**151**	**30,00**
114	PROFIL TOKSYKOLOGICZNY W MOCZU	**188**	**120,00**
115	WITAMINA B12	**154**	**40,00**
116	WAPŃ W SUROWICY	**126**	**13,00**
117	WAPŃ 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, plwociny, 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 pediatryczne	**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 wchodzą w skład pakietów.

5 PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ I BANK KRWI

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA INDYWIDUALNE ODPŁATNE
	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 antygenu 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 antygenu–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 WCcEe+ 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**	**500,00**

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 dożylnej	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 ustawowy 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	Elektroneurografia jednego nerwu	401	100,00
2	Przewodnictwo jednego nerwu z metodą porównawczą lub inchingiem	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	**Orzeczenia:** **a.** o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych **b.** inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy: –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	**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 opiekizdrowotnejfinansowanychześrodkówpublicznychzdnia27sierpnia2004r.

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 31stycznia 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, priorytetowe (za potwierdzeniem odbioru) –do 500g – gabaryt S		**14,00**
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, priorytetowe (za potwierdzeniem odbioru) – do 1000 g – gabaryt M		**14,62**
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, priorytetowe (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:**

1. Podatek VAT doliczany będzie do usług transportowych w przypadkach określonych w przepisach o podatku od towarów i usług.
2. W przypadkach indywidualnych dopuszcza się możliwość negocjacji ceny.
3. 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.
4. Przy zabezpieczeniu imprez stacjonarnych (np. koncerty, mecze itp.) korzystamy z kolumny **G**.

Samochód wymieniony w poz. 1 nie jest dostępny do przewozu pacjentów.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu
DYREKTOR
ds. ekonomiczno - finansowych
Piotr Tomaszewski

01.[illegible].2026

