



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

Załącznik nr 5 do REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE

ogłoszony Zarządzeniem nr 436/2025
Dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie
z dnia 1 października 2025 roku

CENNIK USŁUG

Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie

ul. Zjednoczenia 10

41-500 Chorzów

Obowiązuje od: 01.10.2025 r.



Województwo
Śląskie

Jednostka ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

Spis treści

1. Postanowienia wstępne.....	3
2. Osobodzień pobytu na oddziale stacjonarnym.....	3
3. Osobodzień pobytu na oddziale dziennym.....	3
4. Konsultacje w poradniach specjalistycznych lub na oddziałach szpitalnych.....	4
5. Diagnostyka laboratoryjna.....	4
Badania laboratoryjne.....	4
Badania bakteriologiczne.....	7
6. Diagnostyka obrazowa.....	8
Badania rentgenowskie.....	8
Badania ultrasonograficzne.....	8
Badania tomografii komputerowej.....	8
7. Nieinwazyjne badania echokardiograficzne.....	9
8. Diagnostyka układu oddechowego.....	9
Badania czynnościowe układu oddechowego.....	9
Badania bronchoskopowe.....	9



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl**1. Postanowienia wstępne**

Ceny zawarte w Cenniku Usług Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie są cenami netto.

W przypadku wykonywania świadczeń w innym celu niż profilaktyka, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawie zdrowia, zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o podatku od towarów i usług z dnia 11 marca 2004 r. (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.) do ceny określonej w cenniku doliczany jest podatek VAT w wysokości 23%.

2. Osobodzień pobytu w oddziale stacjonarnym**Oddziały stacjonarne Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie**

Lp.	Nazwa oddziału	Cena za osobodzień (PLN)
1.	Oddział Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumonologii	1 100,00
2.	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Hepatologii Zakaźnej, Nabytych Niedoborów Odporności Kliniczny	1 550,00
3.	Oddział Psychiatryczny	1 150,00

Osobodzień pobytu w oddziale stacjonarnym nie obejmuje kosztów leków, krwi, preparatów krwiotwórczych, badań diagnostycznych i pozostałych procedur medycznych.

3. Osobodzień pobytu na oddziale dziennym

Lp.	Nazwa oddziału	Cena za osobodzień (PLN)
1.	Oddział Psychiatryczny Dzienny	280,00

Osobodzień pobytu w oddziale stacjonarnym obejmuje koszt leków, badań laboratoryjnych, diagnostycznych.



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

4. Konsultacje w poradniach specjalistycznych lub na oddziałach szpitalnych

Lp.	Nazwa usługi	Cena za konsultację (PLN)
1	Konsultacja specjalistyczna	315,00
2	Konsultacja dotycząca procedur poekspozycyjnych:	
-	wizyta I	315,00
-	wizyta II	310,00
	(z badaniem materiału dostarczonego od źródła)	
-	kolejna wizyta	270,00

Konsultacja nie obejmuje kosztów leków, badań diagnostycznych i pozostałych procedur medycznych.

5. Diagnostyka laboratoryjna**Badania laboratoryjne**

Lp.	Nazwa badania	Cena badania (PLN)	Cena badania CITO (PLN)*
ANALITYKA OGÓLNA			
1	Badanie ogólne moczu (BOM) wraz z osadem	17,00	20,00
2	Badanie PMR (białko, glukoza, chlorki, pleocytoza)	62,00	-
3	Badanie PJC (opłucna)	42,00	50,00
4	Kał krew utajona	20,00	24,00
5	Kał na pasożyty	23,00	28,00
6	Test ciążowy (HCG) (met. immunochromatograficzna)	20,00	24,00
7	Treponema pallidum IgG/IgM (met. immunochromatograficzna)	20,00	24,00
8	EBV p/c heterofilne (met. immunochromatograficzna)	27,00	32,00
9	Krioglobuliny	22,00	-
10	Wirus Influenza A/B (met. immunochromatograficzna)	50,00	-
11	Clostridium A/B GDH (met. immunoenzymatyczna)	90,00	-
12	Malaria P.f/Pan (met. immunochromatograficzna)	35,00	42,00



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

HEMATOLOGIA			
13	Rozmaz krwi obwodowej	22,00	-
14	Limfocyty T CD4/CD8	250,00	-
15	Retikulocyty	22,00	-
16	Morfologia CBC	15,00	17,00
17	Morfologia 5 diff	16,00	18,00
18	PLT weryfikacja	15,00	-
KOAGULOLOGIA			
19	PT	15,00	18,00
20	APTT	15,00	18,00
21	Fibrynogen	16,00	19,00
BIOCHEMIA			
22	ALT	13,00	15,00
23	AST	13,00	15,00
24	Albumina w surowicy	12,00	-
25	Albumina w moczu i PMR	15,00	-
26	Amylaza surowica/mocz/PJC	15,00	17,00
27	Białko całkowite surowica,	12,00	-
28	Białko całkowite mocz/DZM/PMR	16,00	-
29	CRP	18,00	22,00
30	Bilirubina bezpośrednia	13,00	15,00
31	Bilirubina całkowita	13,00	15,00
32	Cholesterol całkowity	13,00	-
33	Cholesterol HDL	13,00	-
34	Cholesterol LDL	14,00	-
35	D-Dimer	38,00	46,00
36	Ferrytyna	33,00	-
37	Fosfataza alkaliczna	13,00	15,00
38	Fosforan nieorganiczny	12,00	-
39	GGTP	12,00	14,00
40	Glukoza surowica, mocz, PMR	12,00	14,00
41	DTTG 2 punktowy	24,00	-
42	DTTG 3 punktowy	36,00	-
43	CK	14,00	17,00
44	CKMB	25,00	30,00
45	Kreatynina (wraz z GFR)	13,00	15,00
46	Kwas moczowy	13,00	15,00
47	LDH surowica/płyn z jam ciała	12,00	15,00



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

48	Magnez całkowity	13,00	-
49	Mocznik	13,00	15,00
50	Triglicerydy	13,00	-
51	Wapń całkowity sur/DZM	12,00	-
52	TIBC (całkow. zdolność wiązania żelaza)	13,00	-
53	Żelazo	13,00	-
54	Jonogram (Na, K, Cl)	20,00	24,00
55	Sód w sur/DZM	13,00	15,00
56	Potas w sur/DZM	13,00	15,00
57	Chlorki w sur/DZM	13,00	15,00
RKZ			
58	Równowaga kwasowo/zasadowa	60,00	-
PRZECIWCIAŁA			
59	P/c przeciw kom. mięśni gładkich (ASMA)	65,00	-
60	P/c przeciw mikrosomom wątroby i nerki (LKM)	65,00	-
61	P/c przeciw mitochondriom (AMA)	65,00	-
62	P/c przeciwjądrowe (ANA)	65,00	-
ELEKTROFOREZA			
63	Elektroforeza białek surowicy	47,00	-
IMMUNOCHEMIA			
64	HIV combi PT, (Antygen HIV-1 p 24 oraz przeciwciała HIV-1, HIV-2)	38,00	46,00
65	AFP	35,00	42,00
66	TSH	23,00	28,00
67	FT4	23,00	28,00
68	HAV IgM (p/c IgM)	53,00	64,00
69	P/c Anti-HBc (całkowite)	40,00	48,00
70	HBe Antygen (HBeAg)	35,00	42,00
71	P/c Anti-HBe	35,00	42,00
72	HBs Antygen (HBsAg) ilościowo przy potwierdzeniu obecności HBsAg	45,00	54,00
73	HBs Antygen (HbsAg), jakościowo	25,00	30,00
74	P/c Anti-HBs	33,00	40,00
75	P/c Anti-HCV	39,00	47,00
76	Prokalcytonina	75,00	85,00
INNE			



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

77	Pobranie materiału do badań	5,50	-
----	-----------------------------	------	---

Badania bakteriologiczne

Lp.	Nazwa badania	Cena badania (PLN)
1	Posiew krwi / płynów z jam ciała w kierunku bakterii tlenowych metodą automatyczną	60,00
2	Posiew krwi / płynów z jam ciała w kierunku bakterii beztlenowych metodą automatyczną	60,00
3	Posiew krwi / płynów z jam ciała w kierunku grzybów metodą automatyczną	60,00
4	Posiew płynów z jam ciała - posiew w kierunku bakterii tlenowych metodą konwencjonalną	55,00
5	Posiew końcówki cewnika naczyniowego	45,00
6	Posiew płwociny + ocena makroskopowa + preparat	47,00
7	Posiew popłuczyn oskrzelowych	47,00
8	Posiew płynu mózgowo-rdzeniowego + preparat bezpośredni	75,00
9	Posiew wymazu z gardła	37,00
10	Posiew wymazu z jamy ustnej, języka, przełyku	37,00
11	Posiew wymazu z nosa	35,00
12	Posiew wymazu z jamy ustnej, języka, przełyku w kierunku grzybów	38,00
13	Posiew wymazu z ucha	38,00
14	Posiew z worka spojówkowego	40,00
15	Posiew wymazu ze zmian skórnych	40,00
16	Posiew wymazu z rany	40,00
17	Posiew materiału w kierunku bakterii beztlenowych	60,00
18	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy, cewki moczowej, odbytu w kierunku rzeżączki	50,00
19	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy, z pochwy, sromu, napletka	43,00
20	Posiew nasienia	38,00
21	Posiew moczu	38,00
22	Posiew kału w kierunku <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia</i>	50,00
23	Wykrywanie toksyn <i>Clostridioides difficile</i> z kału	90,00
24	Posiew wymazu z odbytu w kierunku pałeczek wytwarzających karbapenemazy	38,00
25	Badanie mikrobiologiczne materiałów ze środowiska szpitalnego	38,00
26	Identyfikacja biochemiczna	55,00
27	Oznaczenie lekowrażliwości bakterii metodą dyfuzyjno-krażkową	52,00
28	Oznaczenie lekowrażliwości bakterii z wyznaczeniem wartości MIC (1 pasek)	53,00
29	Oznaczanie lekowrażliwości grzybów metodą rozcieńczeń w bulionie	80,00



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

30	Biologiczna kontrola skuteczności procesu sterylizacji parą wodną (1 pasek)	36,00
31	Posiew materiału w kierunku gruźlicy metodą konwencjonalną + bakterioskopia	95,00
32	Posiew krwi w kierunku gruźlicy metodą automatyczną, Bactec	100,00
33	Posiew materiałów skąpoprątkowych w kierunku gruźlicy metodą automatyczną, MGIT	130,00
34	Oznaczenie lekowrażliwości prątków kwasoopornych (I rzut) metodą konwencjonalną + identyfikacja	380,00
35	Identyfikacja <i>Mycobacterium</i> metodą immunochromatograficzną	112,00
36	Wykrywanie obecności <i>Mycobacterium tuberculosis</i> metodą RT-PCR z oznaczeniem oporności na rifampicynę MTB/RIF Ultra* tylko dla jednostek z podpisaną umową	300,00

6. Diagnostyka obrazowa**Badania rentgenowskie**

Lp.	Nazwa procedury	Cena usługi (PLN)
1	Zdjęcie klatki piersiowej z projekcji bocznej	110,00
2	Zdjęcie klatki piersiowej w projekcji pa	110,00
3	Zdjęcie kostne - kręgosłupa w projekcji a-p i bocznej	120,00
4	Zdjęcie kostne - kończyny w projekcji a-p i bocznej	120,00
5	Zdjęcie kostne miednicy w projekcji a-p	110,00
6	Zdjęcie czaszki w projekcji pa i bocznej	120,00
7	Zdjęcie zatok	110,00
8	Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	110,00
9	Zdjęcie miednicy	110,00

Badania ultrasonograficzne

Lp.	Nazwa procedury	Cena badania (PLN)
1	Badanie ultrasonograficzne	120,00

Badania tomografii komputerowej

Lp.	Nazwa procedury	Cena usługi bez kontrastu (PLN)	Cena usługi z kontrastem (PLN)
1	TK głowy	340,00	550,00
2	TK oczodołów	340,00	550,00
3	TK szyi	340,00	550,00
4	TK twarzoczaszki	340,00	550,00

Województwo
Śląskie

Jednostka ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego

**SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE**

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

tel. +48323463615, fax. +48322414733 e-mail: sekretariat@sswch.pl

NIP 6272323217, REGON 271503395, KRS 0000050560

sswch.pl

5	TK piramid kości skroniowych	340,00	550,00
6	TK zatok obocznych nosa	340,00	550,00
7	TK nosogardzieli	340,00	550,00
8	TK klatki piersiowej i śródpiersia	500,00	700,00
9	TK jamy brzusznej	370,00	580,00
10	TK jamy brzusznej z miednicą małą	500,00	700,00
11	TK miednicy	340,00	550,00
12	TK kończyny górnej lub dolnej	340,00	550,00
13	TK kręgosłupa (C, Th, L-S)	340,00	550,00
14	TK angiografia	-	650,00

7. Nieinwazyjne badania echokardiologiczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena usługi (PLN)
1	Badanie elektrokardiograficzne	80,00

8. Diagnostyka układu oddechowego**Badania czynnościowe układu oddechowego**

Lp.	Nazwa procedury	Cena usługi (PLN)	Cena usługi z opisem (PLN)
1	Spirometria	100,00	130,00
2	Spirometria z próbą rozkurczową	140,00	180,00
3	Pojemność dyfuzyjna (DLCO)	110,00	150,00

Badania bronchoskopowe

Lp.	Nazwa procedury	Cennik usługi (PLN)
1	Bronchofiberoskopia	900,00
2	Bronchofiberoskopia z wycinkiem lub cytologią	1 300,00 + 60,00 zł (za każdy wycinek) + badania (wg cennika)
3	Bronchoskopia z posiewem	1 000,00 zł + 60,00 zł (za każde pobranie materiału) + badania (wg cennika)
4	Bronchofiberoskopia z ultrasonografią (EBUS)	2 450,00 zł + badania (wg cennika)
5	Bronchofiberoskopia z biopsją (EBUS) + cytologia	3 550,00 zł + badania (wg cennika)

