

Na podstawie przepisu art. 2 ust 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza

Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego.

Zgodnie z przepisem art. 2 ust. 5 ww. ustawy, Wykaz obowiązuje od dnia 1 października 2017r. do dnia 30 czerwca 2021r.

Tabela 3: Szpitale III stopnia

Świadczeniodawca SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU

| | | | |
|--|--|------------------------|---------------------------|
| 1. Dane ogólne | | | |
| 1.1. | Adres świadczeniodawcy: Nowy Sącz, 1262011, 33-300, ul. Młyńska, 10 | | |
| 1.2. | Księga rejestrowa RPWDL | Nr księgi: 00000006066 | Oznaczenie organu: W - 12 |
| 1.3. | Nazwa zakładu leczniczego: OŚRODEK LECZENIA SZPITALNEGO | | |
| 1.4. | Adres zakładu leczniczego: Nowy Sącz, 1262011, 33-300, ul. Młyńska, 5 | | |
| 2. Profile systemu zabezpieczenia: | | | |
| 2.1. | CHOROBY WEWNĘTRZNE | | |
| 2.2. | CHIRURGIA OGÓLNA | | |
| 2.3. | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA | | |
| 2.4. | CHOROBY ZAKAŻNE | | |
| 2.5. | PEDIATRIA | | |
| 2.6. | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU | | |
| 2.7. | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR) | | |
| 2.8. | CHOROBY PŁUC | | |
| 2.9. | NEUROLOGIA | | |
| 2.10. | CHIRURGIA ONKOLOGICZNA | | |
| 2.11. | UROLOGIA | | |
| 2.12. | OTORYNOLARYNGOLOGIA | | |
| 2.13. | CHIRURGIA DZIECIĘCA | | |
| 2.14. | HEMATOLOGIA | | |
| 2.15. | ONKOLOGIA KLINICZNA | | |
| 2.16. | CHIRURGIA NACZYNIOWA | | |
| 2.17. | GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA | | |
| 2.18. | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY | | |
| 2.19. | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY | | |
| 2.20. | CHEMIOTERAPIA -HOSPITALIZACJA | | |
| 2.21. | RADIOTERAPIA | | |
| 3. Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń: | | | |
| 3.1. | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom | | |
| 3.1.1. | PORADA SPECJALISTYCZNA - CHIRURGIA DZIECIĘCA | | |
| 3.1.2. | PORADA SPECJALISTYCZNA - CHIRURGIA OGÓLNA | | |
| 3.1.3. | PORADA SPECJALISTYCZNA - DIABETOLOGIA | | |
| 3.1.4. | PORADA SPECJALISTYCZNA - GRUŹLICA I CHOROBY PŁUC | | |
| 3.1.5. | PORADA SPECJALISTYCZNA - KARDIOLOGIA | | |
| 3.1.6. | PORADA SPECJALISTYCZNA - NEFROLOGIA | | |
| 3.1.7. | PORADA SPECJALISTYCZNA - NEUROLOGIA | | |
| 3.1.8. | PORADA SPECJALISTYCZNA - ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU | | |
| 3.1.9. | PORADA SPECJALISTYCZNA - POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA | | |
| 3.1.10. | PORADA SPECJALISTYCZNA - PRELUKSACJA | | |

| | |
|---------|---|
| 3.1.11. | PORADA SPECJALISTYCZNA - REUMATOLOGIA |
| 3.1.12. | PORADA SPECJALISTYCZNA - NEONATOLOGIA |
| 3.1.13. | PORADA SPECJALISTYCZNA - ONKOLOGIA |
| 3.1.14. | PORADA SPECJALISTYCZNA - ALERGOLOGIA |
| 3.1.15. | PORADA SPECJALISTYCZNA - OTOLARYNGOLOGIA |
| 3.1.16. | PORADA SPECJALISTYCZNA - CHIRURGIA ONKOLOGICZNA |
| 3.1.17. | PORADA SPECJALISTYCZNA - HEMATOLOGIA |
| 3.2. | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: |
| 3.2.1. | TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ |
| 3.2.2. | TELERADIOTERAPIA |
| 3.3. | DIAGNOSTYKA I LECZENIE ONKOLOGICZNE W PROFILACH SYSTEMU ZABEZPIECZENIA, ZAKRESACH LUB RODZAJACH, W KTÓRYCH W DNIU KWALIFIKACJI DO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA TE BYŁY FINANSOWANE W SPOSÓB WSKAZANY W ART. 136 UST. 2 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 R. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH. |
| 3.4. | ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (PIERWOTNEJ LUB REWIZYJNEJ) |
| 3.5. | ŚWIADCZENIA SZPITALNE W ZAKRESIE ZWIĄZANYM Z PORODEM I OPIEKĄ NAD NOWORODKAMI |
| 3.6. | ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE |
| 3.7. | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych w tym leki środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tym programem |
| 3.7.1. | LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH (ICD-10 C 82, C 83) |
| 3.7.2. | LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA (ICD-10 C56, C57, C48) |
| 3.7.3. | LECZENIE CZERNIAKA SKOJARZONĄ TERAPIĄ DABRAFENIBEM I TRAMETYNIBEM (ICD-10 C43) |
| 3.7.4. | LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY (ICD-10 C43) |
| 3.7.5. | LECZENIE DAZATYNIBEM OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ Z CHROMOSOMEM FIŁADELFIA (Ph+) (ICD-10 C91.0) |
| 3.7.6. | LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ, ICD-10 D47.1 |
| 3.7.7. | LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34) |
| 3.7.8. | LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA Z ZASTOSOWANIEM AFATYNIBU (ICD-10 C 34) |
| 3.7.9. | LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10 C61) |
| 3.7.10. | LECZENIE OPORNYCH I NAWROTOWYCH POSTACI CHŁONIAKÓW CD30+ (C 81 Choroba Hodgkina; C 84.5 Inne i nieokreślone chłoniaki T) |
| 3.7.11. | LECZENIE PACJENTÓW Z PRZERZUTOWYM GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10 C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9) |
| 3.7.12. | LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48) |
| 3.7.13. | LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G 70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2) |
| 3.7.14. | LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1) |
| 3.7.15. | LECZENIE RAKA PIERSI (ICD-10 C 50) |
| 3.7.16. | LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35) |
| 3.7.17. | LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO (ICD-10 C 18 – C 20) |
| 3.7.18. | LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA (ICD-10 C16) |
| 3.7.19. | LENALIDOMID W LECZENIU CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA MNOGIEGO (ICD10 C90.0) |
| 3.7.20. | LENALIDOMID W LECZENIU PACJENTÓW Z ANEMIA ZALEŻNĄ OD PRZETOCZEŃ W PRZEBIEGU ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH O NISKIM LUB POŚREDNIM-1 RYZYKU, ZWIĄZANYCH Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ CYTOGENETYCZNĄ W POSTACI IZOLOWANEJ DELECCJI 5q (D46) |

| | |
|------|--|
| 3.8. | ŚWIADCZENIA WYKONYWANE W CELU REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZENIOBIORCY NA PODSTAWIE ART. 15 UST. 2 PKT 16 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 R. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH , W TYM LEKI STOSOWANE W CHEMIOTERAPII OKREŚLONE W PRZEPISACH USTAWY Z DNIA 12 MAJA 2011 R O REFUNDACJI LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH. |
| 3.9. | ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ |