

Kielce, 1 stycznia 2021 r.

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 Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza

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

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

**Tabela 1: Szpitale I stopnia**

| <b>SZPITAL POWIATOWY W CHMIELNIKU</b>                                       |   |                         |                         |
|---|---|-------------------------|-------------------------|
| <b>1.</b>   | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |                         |
| 1.1.  | Adres siedziby świadczeniodawcy: Chmielnik, 2604044, 26-020, ul. Kielecka 1-3   |                         |                         |
| 1.2.  | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014616 | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.  | Nazwa zakładu leczniczego: LECZNICTWO SZPITALNE   |                         |                         |
| 1.4.  | Adres zakładu leczniczego: Chmielnik, 2604044, 26-020, ul. Kielecka 1-3   |                         |                         |
| <b>2.</b>   | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |                         |
| 2.1.  | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |                         |
| 2.2.  | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |                         |
| 2.3.  | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |                         |                         |
| <b>3.</b>   | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |                         |
| 3.1.  | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |                         |
| 3.1.1.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |                         |
| 3.1.2.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŹLICA I CHOROBY PŁUC  |                         |                         |
| 3.1.3.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |                         |                         |
| 3.1.4.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |                         |                         |
| 3.1.5.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |                         |
| 3.1.6.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |                         |                         |
| 3.2.  | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |                         |                         |
| 3.2.1.  | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |                         |                         |
| 3.2.1.1.  | gastroskopia  |                         |                         |
| 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |                         |
| 3.4.  | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |                         |
| 3.5.  | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |                         |
| <b>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAZIMIERZY WIELKIEJ</b> |   |                         |                         |
| <b>1.</b>   | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |                         |
| 1.1.  | Adres siedziby świadczeniodawcy: Kazimierza Wielka, 2603034, 28-500, ul. Partyzantów 12   |                         |                         |
| 1.2.  | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014575 | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.  | Nazwa zakładu leczniczego: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL   |                         |                         |
| 1.4.  | Adres zakładu leczniczego: Kazimierza Wielka, 2603034, 28-500, ul. Partyzantów 12   |                         |                         |
| <b>2.</b>   | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |                         |
| 2.1.  | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |                         |
| 2.2.  | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |                         |                         |
| <b>3.</b>   | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |                         |
| 3.1.  | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |                         |
| 3.1.1.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŹLICA I CHOROBY PŁUC  |                         |                         |
| 3.2.  | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |                         |
| 3.3.  | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |                         |

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE**

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Włoszczowa, 2613064, 29-100, ul. Żeromskiego 28  |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014598 |
|           |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL IM. JANA PAWŁA II WE WŁOSZCZOWIE   |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Włoszczowa, 2613064, 29-100, ul. Żeromskiego 28  |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.3.1.    | W tym świadczenia możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili:   |                         |
| 2.3.1.1.  | REUMATOLOGIA  |                         |
| 2.4.      | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 2.5.      | PEDIATRIA   |                         |
| 2.6.      | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA   |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GASTROENTEROLOGIA  |                         |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |                         |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU  |                         |
| 3.1.6.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – PRELUKSACJA  |                         |
| 3.1.7.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA   |                         |
| 3.1.8.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |                         |
| 3.2.      | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |                         |
| 3.2.1.    | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |                         |
| 3.2.1.1.  | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |                         |
| 3.2.2.    | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |                         |
| 3.2.2.1.  | ogólnoustrojową   |                         |
| 3.3.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |                         |
| 3.3.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |                         |
| 3.3.1.1.  | gastroskopia  |                         |
| 3.3.1.2.  | kolonoskopia  |                         |
| 3.4.      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.5.      | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |                         |
| 3.6.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.7.      | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |                         |
| 3.7.1.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)  |                         |
| 3.7.2.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWEGO ZAPALENIA NACZYŃ (MPA) (ICD-10 M31.3, M31.8)   |                         |
| 3.7.3.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |                         |
| 3.7.4.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM   |                         |
| 3.7.5.    | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)  |                         |
| 3.7.6.    | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWEGO ZAPALENIA NACZYŃ (MPA) (ICD-10 M31.3, M31.8)   |                         |
| 3.7.7.    | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |                         |
| 3.7.8.    | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM   |                         |
| 3.8.      | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |

| <b>ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BUSKU-ZDRÓJU</b> |   |  |
|--|---|--|
| <b>1.</b>                                      | <b>Dane ogólne:</b>   |  |
| 1.1.   | Adres siedziby świadczeniodawcy: Busko-Zdrój, 2601014, 28-100, ul. Bohaterów Warszawy 67  |  |
| 1.2.   | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014617      Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.   | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL POWIATOWY W BUSKU-ZDRÓJU   |  |
| 1.4.   | Adres zakładu leczniczego: Busko-Zdrój, 2601014, 28-100, ul. Bohaterów Warszawy 67  |  |
| <b>2.</b>                                      | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |  |
| 2.1.   | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |  |
| 2.2.   | CHIRURGIA OGÓLNA  |  |
| 2.3.   | CHOROBY PŁUC  |  |
| 2.4.   | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |  |
| 2.4.1.   | W tym świadczenia możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili:   |  |
| 2.4.1.1.                                       | GERIATRIA   |  |
| 2.5.   | CHOROBY ZAKAŻNE   |  |
| 2.6.   | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |  |
| 2.7.   | NEONATOLOGIA  |  |
| 2.8.   | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |  |
| 2.9.   | PEDIATRIA   |  |
| 2.10.  | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA   |  |
| <b>3.</b>                                      | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |  |
| 3.1.   | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |  |
| 3.1.1.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |  |
| 3.1.2.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |  |
| 3.1.3.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC  |  |
| 3.1.4.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – HEPATOLOGIA  |  |
| 3.1.5.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA   |  |
| 3.1.6.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |  |
| 3.1.7.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |  |
| 3.1.8.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |  |
| 3.2.   | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |  |
| 3.2.1.   | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |  |
| 3.2.1.1.                                       | gastroskopia  |  |
| 3.2.1.2.                                       | kolonoskopia  |  |
| 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 sierpnia 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 pielęgniarki i położne  |  |
| 3.7.   | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |  |
| 3.7.1.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIETYDOLNOŚCI NEREK   |  |
| 3.7.2.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B  |  |
| 3.7.3.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B18.2)  |  |
| 3.7.4.   | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIETYDOLNOŚCI NEREK   |  |
| 3.7.5.   | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B  |  |
| 3.7.6.   | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B18.2)  |  |
| 3.8.   | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |  |
| 3.9.   | Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka   |  |
| 3.9.1.   | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |  |

**ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM MATKI I NOWORODKA - SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KIELCACH**

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Kielce, 2661011, 25-371, ul. Prosta 30   |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   Nr księgi: 000000014618   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL SPECJALISTYCZNY  |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Kielce, 2661011, 25-371, ul. Prosta 30   |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |                         |
| 2.2.      | NEONATOLOGIA - TRZECI POZIOM REFERENCYJNY   |                         |
| 2.3.      | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - TRZECI POZIOM REFERENCYJNY  |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA   |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |                         |
| 3.2.      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.3.      | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |                         |
| 3.4.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.5.      | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |                         |
| 3.5.1.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS  |                         |
| 3.5.2.    | PROGRAM LEKOWY - PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS  |                         |
| 3.6.      | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE**

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Pińczów, 2608044, 28-400, ul. Armii Krajowej 22  |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   Nr księgi: 000000014625   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL  |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Pińczów, 2608044, 28-400, ul. Armii Krajowej 22  |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.4.      | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU  |                         |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA   |                         |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |                         |
| 3.2.      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.3.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.4.      | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |

**SZPITAL KIELECKI ŚW.ALEKSANDRA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

|           |   |                         |                         |
|-----------|---|-------------------------|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Kielce, 2661011, 25-316, ul. Generała Tadeusza Kościuszki 25   |                         |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000020682 | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL KIELECKI ŚW.ALEKSANDRA   |                         |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Kielce, 2661011, 25-316, ul. Generała Tadeusza Kościuszki 25   |                         |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |                         |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |                         |
| 2.4.      | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY  |                         |                         |
| 2.5.      | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY   |                         |                         |
| 2.6.      | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |                         |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA   |                         |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |                         |                         |
| 3.2.      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |                         |
| 3.3.      | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |                         |                         |
| 3.4.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |                         |
| 3.5.      | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |                         |

**SZPITAL ŚWIETEGO LEONA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

|           |  |                         |                         |
|-----------|--|-------------------------|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>  |                         |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Opatów, 2606044, 27-500, ul. Szpitalna 4                |                         |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL  | Nr księgi: 000000014785 | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: TOP MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SZPITAL |                         |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Opatów, 2606044, 27-500, ul. Szpitalna 4                      |                         |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>   |                         |                         |
| 2.1.      | CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |                         |
| 2.2.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE   |                         |                         |
| 2.3.      | IZBA PRZYJĘĆ - IP  |                         |                         |
| 2.4.      | NEONATOLOGIA   |                         |                         |
| 2.5.      | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |                         |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>  |                         |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom               |                         |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA   |                         |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA  |                         |                         |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA                                      |                         |                         |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA  |                         |                         |
| 3.1.6.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GERIATRIA   |                         |                         |
| 3.1.7.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC   |                         |                         |
| 3.1.8.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA   |                         |                         |
| 3.1.9.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA DZIECIĘCA   |                         |                         |
| 3.1.10.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE CHOROÓB NACZYŃ   |                         |                         |
| 3.1.11.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA  |                         |                         |
| 3.1.12.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU                         |                         |                         |
| 3.1.13.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA                                       |                         |                         |
| 3.2.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie                            |                         |                         |
| 3.2.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego   |                         |                         |
| 3.2.1.1.  | gastroskopia   |                         |                         |
| 3.2.1.2.  | kolonoskopia   |                         |                         |

|        |   |
|--------|---|
| 3.2.2. | tomografii komputerowej   |
| 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| 3.4.   | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |
| 3.5.   | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.6.   | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |

## SZPITAL SPECJALISTYCZNY ARTMEDIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Jędrzejów, 2602024, 28-300, ul. Małogoska 25   |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000210111 |
|           |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL SPECJALISTYCZNY ARTMEDIK IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W JĘDRZEJOWIE   |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Jędrzejów, 2602024, 28-300, ul. Małogoska 25   |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.4.      | NEONATOLOGIA  |                         |
| 2.5.      | PEDIATRIA   |                         |
| 2.6.      | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA   |                         |
| 2.7.      | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA  |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA DZIECIĘCA  |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |                         |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŹLICA I CHOROBY PŁUC  |                         |
| 3.1.6.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – HEMATOLOGIA  |                         |
| 3.1.7.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |                         |
| 3.1.8.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA DZIECIĘCA  |                         |
| 3.1.9.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA   |                         |
| 3.1.10.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |                         |
| 3.1.11.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU  |                         |
| 3.1.12.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |                         |
| 3.1.13.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |                         |
| 3.2.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |                         |
| 3.2.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |                         |
| 3.2.1.1.  | gastroskopia  |                         |
| 3.2.1.2.  | kolonoskopia  |                         |
| 3.2.2.    | tlenoterapii domowej  |                         |
| 3.2.3.    | tomografii komputerowej   |                         |
| 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.4.      | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |                         |
| 3.5.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.6.      | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |

**Tabela 2: Szpitale II stopnia**

| <b>ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ SZPITAL POWIATOWY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE</b> |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| <b>1.</b>  | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.   | Adres siedziby świadczeniodawcy: Skarżysko-Kamienna, 2610011, 26-110, ul. Szpitalna 1   |                         |
| 1.2.   | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014643 |
|  |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.   | Nazwa zakładu leczniczego: ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ SZPITAL POWIATOWY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - SZPITAL  |                         |
| 1.4.   | Adres zakładu leczniczego: Skarżysko-Kamienna, 2610011, 26-110, ul. Szpitalna 1   |                         |
| <b>2.</b>  | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.   | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.   | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.   | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.4.   | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY  |                         |
| 2.5.   | NEUROLOGIA  |                         |
| 2.6.   | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 2.7.   | OTORYNOLARYNGOLOGIA   |                         |
| 2.8.   | PEDIATRIA   |                         |
| 2.9.   | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY   |                         |
| 2.10.  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |                         |
| <b>3.</b>  | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.   | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA   |                         |
| 3.1.2.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHOROBY ZAKAŻNE  |                         |
| 3.1.3.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |                         |
| 3.1.4.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA   |                         |
| 3.1.5.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |                         |
| 3.1.6.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – OTOLARYNGOLOGIA  |                         |
| 3.1.7.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |                         |
| 3.1.8.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |                         |
| 3.2.   | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |                         |
| 3.2.1.   | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |                         |
| 3.2.1.1.   | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |                         |
| 3.2.2.   | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |                         |
| 3.2.2.1.   | neurologiczną,  |                         |
| 3.2.2.2.   | ogólnoustrojową   |                         |
| 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 sierpnia 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 pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.7.   | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |                         |
| 3.7.1.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |                         |
| 3.7.2.   | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |                         |
| 3.8.   | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |
| 3.9.   | Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka   |                         |
| 3.9.1.   | PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA   |                         |

| <b>POWIATOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ</b> |   |  |
|---|---|--|
| <b>1.</b>                                 | <b>Dane ogólne:</b>   |  |
| 1.1.                                      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Starachowice, 2611011, 27-200, ul. Radomska 70   |  |
| 1.2.                                      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014630      Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.                                      | Nazwa zakładu leczniczego: STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE   |  |
| 1.4.                                      | Adres zakładu leczniczego: Starachowice, 2611011, 27-200, ul. Radomska 70   |  |
| <b>2.</b>                                 | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |  |
| 2.1.                                      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |  |
| 2.2.                                      | CHIRURGIA OGÓLNA  |  |
| 2.3.                                      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |  |
| 2.4.                                      | CHOROBY ZAKAŻNE   |  |
| 2.5.                                      | KARDIOLOGIA   |  |
| 2.6.                                      | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY  |  |
| 2.7.                                      | NEUROLOGIA  |  |
| 2.8.                                      | OKULISTYKA  |  |
| 2.9.                                      | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |  |
| 2.10.                                     | PEDIATRIA   |  |
| 2.11.                                     | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY   |  |
| 2.12.                                     | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |  |
| <b>3.</b>                                 | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |  |
| 3.1.                                      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |  |
| 3.1.1.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA  |  |
| 3.1.2.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA DLA DZIECI   |  |
| 3.1.3.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |  |
| 3.1.4.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA   |  |
| 3.1.5.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |  |
| 3.1.6.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |  |
| 3.1.7.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC  |  |
| 3.1.8.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – HEPATOLOGIA  |  |
| 3.1.9.                                    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |  |
| 3.1.10.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE OSTEOPOROZY   |  |
| 3.1.11.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA   |  |
| 3.1.12.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |  |
| 3.1.13.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – OKULISTYKA   |  |
| 3.1.14.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ONKOLOGIA  |  |
| 3.1.15.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |  |
| 3.1.16.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |  |
| 3.1.17.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – PRELUKSACJA  |  |
| 3.1.18.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA   |  |
| 3.1.19.                                   | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |  |
| 3.2.                                      | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |  |
| 3.2.1.                                    | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |  |
| 3.2.1.1.                                  | dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,  |  |
| 3.2.1.2.                                  | kardiologiczną  |  |
| 3.2.1.3.                                  | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |  |
| 3.2.2.                                    | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |  |
| 3.2.2.1.                                  | neurologiczną,  |  |
| 3.2.2.2.                                  | ogólnoustrojową   |  |
| 3.3.                                      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |  |
| 3.3.1.                                    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |  |
| 3.3.1.1.                                  | gastroskopia  |  |
| 3.3.1.2.                                  | kolonoskopia  |  |
| 3.3.2.                                    | tomografii komputerowej   |  |
| 3.4.                                      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |  |
| 3.5.                                      | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |  |



|         |   |
|---------|---|
| 3.6.    | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |
| 3.7.    | Świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca   |
| 3.8.    | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.9.    | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |
| 3.9.1.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)  |
| 3.9.2.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK   |
| 3.9.3.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B  |
| 3.9.4.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B18.2)  |
| 3.9.5.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10 I61, I63, I69)   |
| 3.9.6.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.9.7.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)  |
| 3.9.8.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK   |
| 3.9.9.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B  |
| 3.9.10. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B18.2)  |
| 3.9.11. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10 I61, I63, I69)   |
| 3.9.12. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.10.   | Świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 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. |
| 3.11.   | Świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy  |
| 3.12.   | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |
| 3.13.   | Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka   |
| 3.13.1. | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |

## ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |   |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Końskie, 2605034, 26-200, ul. Gimnazjalna 41B  |   |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014586 Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. ŚW. ŁUKASZA  |   |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Końskie, 2605034, 26-200, ul. Gimnazjalna 41B  |   |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |   |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |   |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |   |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |   |
| 2.3.1.    | W tym świadczenia możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili: |   |
| 2.3.1.1.  | REUMATOLOGIA  |   |
| 2.3.1.2.  | GASTROENTEROLOGIA   |   |
| 2.3.1.3.  | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA  |   |
| 2.4.      | KARDIOLOGIA   |   |
| 2.5.      | NEFROLOGIA  |   |
| 2.6.      | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY  |   |
| 2.7.      | NEUROLOGIA  |   |
| 2.8.      | OKULISTYKA  |   |
| 2.9.      | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |   |
| 2.10.     | PEDIATRIA   |   |
| 2.11.     | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY   |   |
| 2.12.     | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |   |
| 2.13.     | UROLOGIA  |   |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |   |

|          |   |
|----------|---|
| 3.1.     | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |
| 3.1.1.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA  |
| 3.1.2.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA DLA DZIECI   |
| 3.1.3.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |
| 3.1.4.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA   |
| 3.1.5.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA   |
| 3.1.6.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |
| 3.1.7.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |
| 3.1.8.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – GASTROENTEROLOGIA  |
| 3.1.9.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC  |
| 3.1.10.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC DLA DZIECI   |
| 3.1.11.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |
| 3.1.12.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE CHOROÓB NACZYŃ  |
| 3.1.13.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE ZEZA  |
| 3.1.14.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – LOGOPEDIA  |
| 3.1.15.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA   |
| 3.1.16.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA   |
| 3.1.17.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |
| 3.1.18.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – OKULISTYKA   |
| 3.1.19.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |
| 3.1.20.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |
| 3.1.21.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – PRELUKSACJA  |
| 3.1.22.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA   |
| 3.1.23.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |
| 3.2.     | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |
| 3.2.1.   | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |
| 3.2.1.1. | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |
| 3.2.2.   | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |
| 3.2.2.1. | neurologiczną,  |
| 3.2.2.2. | ogólnoustrojową   |
| 3.3.     | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |
| 3.3.1.   | badania endoskopowych przewodu pokarmowego  |
| 3.3.1.1. | gastroskopia  |
| 3.3.1.2. | kolonoskopia  |
| 3.3.2.   | tomografii komputerowej   |
| 3.4.     | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| 3.5.     | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |
| 3.6.     | Świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach  |
| 3.6.1.   | KOMPLEKSOWA OPIEKA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO  |
| 3.7.     | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |
| 3.8.     | Świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca   |
| 3.9.     | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.10.    | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |
| 3.10.1.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNAJĄ POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)  |
| 3.10.2.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA (CHLC)   |
| 3.10.3.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |
| 3.10.4.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)  |
| 3.10.5.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK   |
| 3.10.6.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZAJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10 K51)  |
| 3.10.7.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNY PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH  |

|          |   |
|----------|---|
| 3.10.8.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH   |
| 3.10.9.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM                                       |
| 3.10.10. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.10.11. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO |
| 3.10.12. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10 L40.0)  |
| 3.10.13. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH  |
| 3.10.14. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNA POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)                                  |
| 3.10.15. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA (CHLC)   |
| 3.10.16. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |
| 3.10.17. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)  |
| 3.10.18. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK   |
| 3.10.19. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZAJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10 K51)  |
| 3.10.20. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH   |
| 3.10.21. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH   |
| 3.10.22. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM   |
| 3.10.23. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.10.24. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO           |
| 3.10.25. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10 L40.0)  |
| 3.10.26. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH  |
| 3.11.    | Świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy  |
| 3.12.    | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |
| 3.13.    | <b>Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka</b>  |
| 3.13.1.  | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |
| 3.13.2.  | CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |
| 3.13.3.  | PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA   |

### SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STASZOWIE

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Staszów, 2612074, 28-200, ul. 11 Listopada 78  |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   Nr księgi: 000000014786   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STASZOWIE  |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Staszów, 2612074, 28-200, ul. 11 Listopada 78  |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.3.1.    | W tym świadczenia możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili: |                         |
| 2.3.1.1.  | GERIATRIA   |                         |
| 2.4.      | NEONATOLOGIA  |                         |
| 2.5.      | NEUROLOGIA  |                         |
| 2.6.      | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 2.7.      | OTORYNOLARYNGOLOGIA   |                         |
| 2.8.      | PEDIATRIA   |                         |
| 2.9.      | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA   |                         |
| 2.10.     | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |                         |
| 2.11.     | UROLOGIA  |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |

|          |   |
|----------|---|
| 3.1.1.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – AUDIOLOGIA I FONIATRIA   |
| 3.1.2.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |
| 3.1.3.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA   |
| 3.1.4.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHOROBY METABOLICZNE   |
| 3.1.5.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |
| 3.1.6.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |
| 3.1.7.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |
| 3.1.8.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – LOGOPEDIA  |
| 3.1.9.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |
| 3.1.10.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |
| 3.1.11.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – OTOLARYNGOLOGIA  |
| 3.1.12.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |
| 3.1.13.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – PRELUKSACJA  |
| 3.1.14.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA   |
| 3.1.15.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |
| 3.2.     | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |
| 3.2.1.   | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |
| 3.2.1.1. | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |
| 3.2.2.   | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |
| 3.2.2.1. | neurologiczną,  |
| 3.3.     | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |
| 3.3.1.   | badzeń endoskopowych przewodu pokarmowego   |
| 3.3.1.1. | gastroskopia  |
| 3.3.2.   | tomografii komputerowej   |
| 3.4.     | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| 3.5.     | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |
| 3.6.     | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |
| 3.7.     | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.8.     | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |
| 3.8.1.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.8.2.   | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.9.     | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |
| 3.10.    | Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka   |
| 3.10.1.  | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCZERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM**

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Ostrowiec Świętokrzyski, 2607011, 27-400, ul. Karola Szymanowskiego 11   |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014595 |
|           |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL  |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Ostrowiec Świętokrzyski, 2607011, 27-400, ul. Karola Szymanowskiego 11   |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.      | CHOROBY PŁUC  |                         |
| 2.4.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.5.      | KARDIOLOGIA   |                         |
| 2.6.      | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY  |                         |
| 2.7.      | NEUROLOGIA  |                         |
| 2.8.      | OKULISTYKA  |                         |
| 2.9.      | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 2.10.     | OTORYNOLARYNGOLOGIA   |                         |
| 2.11.     | PEDIATRIA   |                         |
| 2.12.     | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY   |                         |
| 2.13.     | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)   |                         |
| 2.14.     | UROLOGIA  |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE WAD POSTAWY U DZIECI I MŁODZIEŻY  |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |                         |
| 3.2.      | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |                         |
| 3.2.1.    | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |                         |
| 3.2.1.1.  | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |                         |
| 3.2.2.    | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |                         |
| 3.2.2.1.  | neurologiczną,  |                         |
| 3.2.2.2.  | ogólnoustrojową   |                         |
| 3.3.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |                         |
| 3.3.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |                         |
| 3.3.1.1.  | gastroskopia  |                         |
| 3.3.2.    | tomografii komputerowej   |                         |
| 3.4.      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.5.      | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |                         |
| 3.6.      | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |                         |
| 3.7.      | Świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca   |                         |
| 3.8.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.9.      | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |                         |
| 3.9.1.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |                         |
| 3.9.2.    | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |                         |
| 3.10.     | Świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy  |                         |
| 3.11.     | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |                         |
| 3.12.     | Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka   |                         |
| 3.12.1.   | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |                         |
| 3.12.2.   | CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |                         |
| 3.12.3.   | PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA   |                         |

| <b>"UZDROWISKO BUSKO-ZDRÓJ" SPÓŁKA AKCYJNA</b> |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| <b>1.</b>                                      | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.   | Adres siedziby świadczeniodawcy: Busko-Zdrój, 2601014, 28-100, ul. Rzewuskiego 1  |                         |
| 1.2.   | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014745 |
|  |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.   | Nazwa zakładu leczniczego: SPECJALISTYCZNY SZPITAL ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY "GÓRKA" IM.DR SZYMONA STARKIEWICZA W BUSKU-ZDROJU                       |                         |
| 1.4.   | Adres zakładu leczniczego: Busko-Zdrój, 2601014, 28-100, ul. Szymona Starkiewicza 1   |                         |
| <b>2.</b>                                      | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.   | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 2.2.   | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU DLA DZIECI  |                         |
| <b>3.</b>                                      | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.   | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE OSTEOPOROZY   |                         |
| 3.1.2.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU  |                         |
| 3.1.3.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU DLA DZIECI   |                         |
| 3.2.   | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |                         |
| 3.2.1.   | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |                         |
| 3.2.1.1.                                       | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |                         |
| 3.2.2.   | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |                         |
| 3.2.2.1.                                       | kardiologiczną  |                         |
| 3.2.2.2.                                       | ogólnoustrojową   |                         |
| 3.3.   | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |                         |
| 3.4.   | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.5.   | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami |                         |
| 3.5.1.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAŻENIU DZIECIĘCYM   |                         |
| 3.5.2.   | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAŻENIU DZIECIĘCYM   |                         |

Tabela 3: Szpitale III stopnia

**SZPITAL SPECJALISTYCZNY DUCHA ŚWIĘTEGO W SANDOMIERZU**

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>  |  |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Sandomierz, 2609011, 27-600, ul. dr. Zygmunta Schinzla 13 |  |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL  | Nr księgi: 000000014784      Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL   |  |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Sandomierz, 2609011, 27-600, ul. dr. Zygmunta Schinzla 13       |  |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>   |  |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA  |  |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA   |  |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE   |  |
| 2.4.      | KARDIOLOGIA  |  |
| 2.5.      | NEFROLOGIA   |  |
| 2.6.      | NEFROLOGIA DLA DZIECI  |  |
| 2.7.      | NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY   |  |
| 2.8.      | NEUROCHIRURGIA   |  |
| 2.9.      | NEUROLOGIA   |  |
| 2.10.     | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU  |  |
| 2.11.     | OTORYNOLARYNGOLOGIA  |  |
| 2.12.     | PEDIATRIA  |  |
| 2.13.     | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY                                      |  |
| 2.14.     | REUMATOLOGIA   |  |
| 2.15.     | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)  |  |
| 2.16.     | UROLOGIA   |  |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>  |  |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom                 |  |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA   |  |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA  |  |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA  |  |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA  |  |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA  |  |
| 3.1.6.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC   |  |
| 3.1.7.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – HEPATOLOGIA   |  |
| 3.1.8.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA   |  |
| 3.1.9.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA DZIECIĘCA   |  |
| 3.1.10.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – LOGOPEDIA   |  |
| 3.1.11.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA  |  |
| 3.1.12.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA DLA DZIECI   |  |
| 3.1.13.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA  |  |
| 3.1.14.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA  |  |
| 3.1.15.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA DZIECIĘCA  |  |
| 3.1.16.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU                          |  |
| 3.1.17.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA   |  |
| 3.1.18.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA  |  |
| 3.1.19.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA  |  |
| 3.2.      | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach  |  |
| 3.2.1.    | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:                              |  |
| 3.2.1.1.  | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów                                      |  |
| 3.2.2.    | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:   |  |
| 3.2.2.1.  | neurologiczną,   |  |
| 3.2.2.2.  | ogólnoustrojową  |  |
| 3.3.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie                              |  |
| 3.3.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego   |  |
| 3.3.1.1.  | gastroskopia   |  |
| 3.3.1.2.  | kolonoskopia   |  |
| 3.3.2.    | rezonansu magnetycznego  |  |

|         |   |
|---------|---|
| 3.3.3.  | tlenoterapii domowej  |
| 3.3.4.  | tomografii komputerowej   |
| 3.4.    | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| 3.5.    | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |
| 3.6.    | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |
| 3.7.    | Świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca   |
| 3.8.    | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.9.    | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |
| 3.9.1.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNA POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)  |
| 3.9.2.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE DYSTONII OGNIISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY   |
| 3.9.3.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |
| 3.9.4.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIWYDOLNOŚCI NEREK  |
| 3.9.5.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH  |
| 3.9.6.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM   |
| 3.9.7.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10 I61, I63, I69)   |
| 3.9.8.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.9.9.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.9.10. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZY U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH   |
| 3.9.11. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNA POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)  |
| 3.9.12. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE DYSTONII OGNIISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY   |
| 3.9.13. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |
| 3.9.14. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIWYDOLNOŚCI NEREK  |
| 3.9.15. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH  |
| 3.9.16. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM   |
| 3.9.17. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10 I61, I63, I69)   |
| 3.9.18. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.9.19. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.9.20. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZY U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH   |
| 3.10.   | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  |
| 3.11.   | Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka   |
| 3.11.1. | CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA  |
| 3.11.2. | PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA   |



**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH**

|           |  |                         |                         |
|-----------|--|-------------------------|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>  |                         |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Kielce, 2661011, 25-736, ul. Grunwaldzka 45 |                         |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL  | Nr księgi: 000000014597 | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: PRZEDSIĘBIORSTWO ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH            |                         |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Kielce, 2661011, 25-736, ul. Grunwaldzka 45       |                         |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>                                       |                         |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA  |                         |                         |
| 2.2.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI                               |                         |                         |
| 2.3.      | CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA   |                         |                         |
| 2.4.      | CHIRURGIA DZIECIĘCA  |                         |                         |
| 2.5.      | CHIRURGIA NACZYNIOWA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY                             |                         |                         |
| 2.6.      | CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |                         |
| 2.7.      | CHIRURGIA ONKOLOGICZNA   |                         |                         |
| 2.8.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE   |                         |                         |
| 2.9.      | CHOROBY ZAKAŻNE  |                         |                         |
| 2.10.     | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA   |                         |                         |
| 2.11.     | ENDOKRYNOLOGIA DLA DZIECI  |                         |                         |
| 2.12.     | GASTROENTEROLOGIA DLA DZIECI   |                         |                         |
| 2.13.     | KARDIOCHIRURGIA  |                         |                         |
| 2.14.     | KARDIOLOGIA  |                         |                         |
| 2.15.     | NEFROLOGIA   |                         |                         |
| 2.16.     | NEFROLOGIA DLA DZIECI  |                         |                         |
| 2.17.     | NEONATOLOGIA - TRZECI POZIOM REFERENCYJNY                                    |                         |                         |
| 2.18.     | NEUROCHIRURGIA   |                         |                         |
| 2.19.     | NEUROLOGIA   |                         |                         |
| 2.20.     | NEUROLOGIA DLA DZIECI  |                         |                         |
| 2.21.     | OKULISTYKA   |                         |                         |
| 2.22.     | ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA  |                         |                         |
| 2.23.     | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU                                      |                         |                         |
| 2.24.     | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU DLA DZIECI                           |                         |                         |
| 2.25.     | OTORYNOLARYNGOLOGIA  |                         |                         |
| 2.26.     | PEDIATRIA  |                         |                         |
| 2.27.     | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - TRZECI POZIOM REFERENCYJNY                       |                         |                         |
| 2.28.     | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)  |                         |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>                                |                         |                         |
| 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 – CHOROBY ZAKAŻNE                                     |                         |                         |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHOROBY ZAKAŻNE U DZIECI                            |                         |                         |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA                          |                         |                         |
| 3.1.6.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA  |                         |                         |
| 3.1.7.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA DLA DZIECI                             |                         |                         |
| 3.1.8.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA                                      |                         |                         |
| 3.1.9.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA DLA DZIECI                           |                         |                         |
| 3.1.10.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – GASTROENTEROLOGIA DLA DZIECI                        |                         |                         |
| 3.1.11.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŹLICA I CHOROBY PŁUC DLA DZIECI                  |                         |                         |
| 3.1.12.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA   |                         |                         |
| 3.1.13.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA DZIECIĘCA                               |                         |                         |
| 3.1.14.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – LECZENIE CHOROÓB NACZYŃ                             |                         |                         |
| 3.1.15.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA  |                         |                         |
| 3.1.16.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEFROLOGIA DLA DZIECI                               |                         |                         |
| 3.1.17.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEONATOLOGIA  |                         |                         |
| 3.1.18.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROCHIRURGIA                                      |                         |                         |
| 3.1.19.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA  |                         |                         |

|          |   |
|----------|---|
| 3.1.20.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – OKULISTYKA   |
| 3.1.21.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – OKULISTYKA DLA DZIECI  |
| 3.1.22.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA  |
| 3.1.23.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |
| 3.1.24.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU DLA DZIECI  |
| 3.1.25.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – OTOLARYNGOLOGIA  |
| 3.1.26.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |
| 3.1.27.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA DLA DZIECI  |
| 3.1.28.  | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA DZIECIĘCA   |
| 3.2.     | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |
| 3.2.1.   | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |
| 3.2.1.1. | kardiologiczną  |
| 3.2.1.2. | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |
| 3.2.2.   | stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:  |
| 3.2.2.1. | kardiologiczną  |
| 3.2.2.2. | neurologiczną,  |
| 3.2.2.3. | ogólnoustrojową   |
| 3.3.     | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |
| 3.3.1.   | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci  |
| 3.3.2.   | tomografii komputerowej   |
| 3.4.     | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| 3.5.     | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |
| 3.6.     | Świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach  |
| 3.6.1.   | KOMPLEKSOWA OPIEKA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO  |
| 3.7.     | Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami   |
| 3.8.     | Świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca   |
| 3.9.     | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.10.    | operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych   |
| 3.11.    | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |
| 3.11.1.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY  |
| 3.11.2.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNIANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA LUB IUGR)  |
| 3.11.3.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)   |
| 3.11.4.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PŁAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)  |
| 3.11.5.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK   |
| 3.11.6.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATROPINOWĄ NIEDOCZYNNOSCIĄ PRZYSADKI   |
| 3.11.7.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT)   |
| 3.11.8.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH   |
| 3.11.9.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI  |
| 3.11.10. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO   |
| 3.11.11. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH   |
| 3.11.12. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B  |
| 3.11.13. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B18.2)  |
| 3.11.14. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U PACJENTÓW Z MUKOWISCYDOZĄ   |
| 3.11.15. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAZENIU DZIECIĘCYM   |
| 3.11.16. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.11.17. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO   |
| 3.11.18. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ (ICD-10 L40.0)  |

|          |  |
|----------|--|
| 3.11.19. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH   |
| 3.11.20. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ZESPOŁU PRADER - WILLI   |
| 3.11.21. | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B   |
| 3.11.22. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY   |
| 3.11.23. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNIANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA LUB IUGR)   |
| 3.11.24. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (ŁZS)  |
| 3.11.25. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)   |
| 3.11.26. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIETYDOLNOŚCI NEREK  |
| 3.11.27. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATROPINOWĄ NIEDOCZYNNOSCIĄ PRZYSADKI  |
| 3.11.28. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT)  |
| 3.11.29. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH  |
| 3.11.30. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI   |
| 3.11.31. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO  |
| 3.11.32. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH  |
| 3.11.33. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B   |
| 3.11.34. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B18.2)   |
| 3.11.35. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ   |
| 3.11.36. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAŻENIU DZIECIĘCYM  |
| 3.11.37. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO  |
| 3.11.38. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO  |
| 3.11.39. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10 L40.0)   |
| 3.11.40. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH   |
| 3.11.41. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ZESPOŁU PRADER - WILLI   |
| 3.11.42. | PROGRAM LEKOWY - ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B   |
| 3.12.    | Świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 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. |
| 3.13.    | Świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy   |
| 3.14.    | Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej   |
| 3.15.    | <b>Świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka</b>   |
| 3.15.1.  | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCHERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA   |
| 3.16.    | <b>Świadczenia w zakresie przeszczepów</b>   |
| 3.16.1.  | przeszczepienie nerki  |

**Tabela 4: Szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne**

| <b>ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII</b> |   |   |
|---|---|---|
| <b>1.</b>                               | <b>Dane ogólne:</b>   |   |
| 1.1.                                    | Adres siedziby świadczeniodawcy: Kielce, 2661011, 25-734, ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3 |   |
| 1.2.                                    | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014611   Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.                                    | Nazwa zakładu leczniczego: ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZPITAL                           |   |
| 1.4.                                    | Adres zakładu leczniczego: Kielce, 2661011, 25-734, ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3       |   |
| <b>2.</b>                               | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |   |
| 2.1.                                    | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |   |
| 2.2.                                    | BRACHYTERAPIA   |   |
| 2.3.                                    | CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA  |   |
| 2.4.                                    | CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ   |   |
| 2.5.                                    | CHIRURGIA OGÓLNA  |   |
| 2.6.                                    | CHIRURGIA ONKOLOGICZNA  |   |
| 2.7.                                    | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |   |
| 2.8.                                    | ENDOKRYNOLOGIA  |   |
| 2.9.                                    | GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA  |   |
| 2.10.                                   | HEMATOLOGIA   |   |
| 2.11.                                   | ONKOLOGIA KLINICZNA   |   |
| 2.12.                                   | OTORYNOLARYNGOLOGIA   |   |
| 2.13.                                   | RADIOTERAPIA  |   |
| 2.14.                                   | TERAPIA IZOTOPOWA   |   |
| 2.15.                                   | UROLOGIA  |   |
| <b>3.</b>                               | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |   |
| 3.1.                                    | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom                      |   |
| 3.1.1.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ  |   |
| 3.1.2.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA ONKOLOGICZNA   |   |
| 3.1.3.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA SZCZĘKOWO–TWARZOWA   |   |
| 3.1.4.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA   |   |
| 3.1.5.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |   |
| 3.1.6.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |   |
| 3.1.7.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – GASTROENTEROLOGIA  |   |
| 3.1.8.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – GENETYKA   |   |
| 3.1.9.                                  | PORADA SPECJALISTYCZNA – HEMATOLOGIA  |   |
| 3.1.10.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – HEPATOLOGIA  |   |
| 3.1.11.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – IMMUNOLOGIA  |   |
| 3.1.12.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |   |
| 3.1.13.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – LOGOPEDIA  |   |
| 3.1.14.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |   |
| 3.1.15.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – ONKOLOGIA  |   |
| 3.1.16.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – OTOLARYNGOLOGIA  |   |
| 3.1.17.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA  |   |
| 3.1.18.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – PROKTOLOGIA  |   |
| 3.1.19.                                 | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |   |
| 3.2.                                    | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |   |
| 3.2.1.                                  | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:                                   |   |
| 3.2.1.1.                                | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |   |
| 3.3.                                    | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie                                   |   |
| 3.3.1.                                  | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |   |
| 3.3.1.1.                                | gastroskopia  |   |
| 3.3.1.2.                                | kolonoskopia  |   |
| 3.3.2.                                  | badań genetycznych  |   |
| 3.3.3.                                  | brachyterapii   |   |
| 3.3.4.                                  | medycyny nuklearnej:  |   |
| 3.3.4.1.                                | badania izotopowe   |   |
| 3.3.4.2.                                | pozytonowa tomografia emisyjna (PET)  |   |

|          |   |
|----------|---|
| 3.3.4.3. | terapia izotopowa   |
| 3.3.5.   | rezonansu magnetycznego   |
| 3.3.6.   | teleradioterapii  |
| 3.3.7.   | tomografii komputerowej   |
| 3.4.     | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |
| 3.5.     | <b>Świadczenia w zakresie przeszczepów</b>  |
| 3.5.1.   | przeszczepienie komórek krwiotwórczych  |
| 3.6.     | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |
| 3.7.     | <b>Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami</b>  |
| 3.7.1.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO  |
| 3.7.2.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE BEKSAROTENEM ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPOŁU SÉZARYLEGO  |
| 3.7.3.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH   |
| 3.7.4.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHOROBY GAUCHER"A   |
| 3.7.5.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ  |
| 3.7.6.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ  |
| 3.7.7.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA  |
| 3.7.8.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10 C43)   |
| 3.7.9.   | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH  |
| 3.7.10.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)   |
| 3.7.11.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA   |
| 3.7.12.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST)   |
| 3.7.13.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO   |
| 3.7.14.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE OPORNYCH I NAWROTOWYCH POSTACI CHŁONIAKÓW CD30+ (C 81 CHOROBA HODGKINA; C 84.5 INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T)   |
| 3.7.15.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH   |
| 3.7.16.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI W SKOJARZENIU Z RADIOTERAPIĄ W MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEJ CHOROBIE   |
| 3.7.17.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48)  |
| 3.7.18.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C91.1)   |
| 3.7.19.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE RAKA NERKI  |
| 3.7.20.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE RAKA PIERSI   |
| 3.7.21.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE RAKA WĄTROBOKOMÓRKOWEGO   |
| 3.7.22.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI  |
| 3.7.23.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO  |
| 3.7.24.  | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA   |
| 3.7.25.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE BEKSAROTENEM ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPOŁU SÉZARYLEGO  |
| 3.7.26.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH   |
| 3.7.27.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHOROBY GAUCHER"A   |
| 3.7.28.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO  |
| 3.7.29.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ  |
| 3.7.30.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ  |
| 3.7.31.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA  |
| 3.7.32.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10 C43)   |
| 3.7.33.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH  |
| 3.7.34.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)   |
| 3.7.35.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA   |
| 3.7.36.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST)   |
| 3.7.37.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO   |
| 3.7.38.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE OPORNYCH I NAWROTOWYCH POSTACI CHŁONIAKÓW CD30+ (C 81 CHOROBA HODGKINA; C 84.5 INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T)   |
| 3.7.39.  | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH   |

|         |   |
|---------|---|
| 3.7.40. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI W SKOJARZENIU Z RADIOTERAPIĄ W MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEJ CHOROBI  |
| 3.7.41. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48)  |
| 3.7.42. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C91.1)   |
| 3.7.43. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE RAKA NERKI  |
| 3.7.44. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE RAKA PIERSI   |
| 3.7.45. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE RAKA WĄTROBOKOMÓRKOWEGO   |
| 3.7.46. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI  |
| 3.7.47. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO  |
| 3.7.48. | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA   |
| 3.8.    | Świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 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. |

## WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Chęciny, 2604034, 26-060, ul. Czerwona Góra 10   |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000014607 |
|           |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL W CZERWONEJ GÓRZE  |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Chęciny, 2604034, 26-060, ul. Czerwona Góra 10   |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ   |                         |
| 2.3.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.4.      | CHOROBY PŁUC  |                         |
| 2.5.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.6.      | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |                         |
| 2.7.      | ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 2.8.      | UROLOGIA  |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ  |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPIEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU   |                         |
| 3.2.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |                         |
| 3.2.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |                         |
| 3.2.1.1.  | gastroskopia  |                         |
| 3.2.2.    | tlenoterapii domowej  |                         |
| 3.2.3.    | tomografii komputerowej   |                         |
| 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.4.      | Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej)   |                         |
| 3.5.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |
| 3.6.      | Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami   |                         |
| 3.6.1.    | LEKI W PROGRAMIE LEKOWYM - LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ OMALIZUMABEM  |                         |
| 3.6.2.    | PROGRAM LEKOWY - LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ OMALIZUMABEM  |                         |

**Tabela 6: Szpitale ogólnopolskie**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W KIELCACH**

|           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Dane ogólne:</b>   |                         |
| 1.1.      | Adres siedziby świadczeniodawcy: Kielce, 2661011, 25-375, ul. Wojska Polskiego 51   |                         |
| 1.2.      | Księga rejestrowa RPWDL   | Nr księgi: 000000019643 |
|           |   | Oznaczenie organu: W-26 |
| 1.3.      | Nazwa zakładu leczniczego: PRZEDSIĘBIORSTWO SZPITAL   |                         |
| 1.4.      | Adres zakładu leczniczego: Kielce, 2661011, 25-024, ul. Ogrodowa 11   |                         |
| <b>2.</b> | <b>Profile systemu zabezpieczenia:</b>  |                         |
| 2.1.      | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA   |                         |
| 2.2.      | CHIRURGIA OGÓLNA  |                         |
| 2.3.      | CHOROBY WEWNĘTRZNE  |                         |
| 2.4.      | IZBA PRZYJĘĆ - IP   |                         |
| <b>3.</b> | <b>Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:</b>   |                         |
| 3.1.      | Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom  |                         |
| 3.1.1.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ALERGOLOGIA  |                         |
| 3.1.2.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – CHIRURGIA OGÓLNA   |                         |
| 3.1.3.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA   |                         |
| 3.1.4.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – DIABETOLOGIA   |                         |
| 3.1.5.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – ENDOKRYNOLOGIA   |                         |
| 3.1.6.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GASTROENTEROLOGIA  |                         |
| 3.1.7.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – GRUŹLICA I CHOROBY PŁUC  |                         |
| 3.1.8.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – KARDIOLOGIA  |                         |
| 3.1.9.    | PORADA SPECJALISTYCZNA – NEUROLOGIA   |                         |
| 3.1.10.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ONKOLOGIA  |                         |
| 3.1.11.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU  |                         |
| 3.1.12.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – REUMATOLOGIA   |                         |
| 3.1.13.   | PORADA SPECJALISTYCZNA – UROLOGIA   |                         |
| 3.2.      | Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach   |                         |
| 3.2.1.    | ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:   |                         |
| 3.2.1.1.  | ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów   |                         |
| 3.3.      | Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie   |                         |
| 3.3.1.    | badań endoskopowych przewodu pokarmowego  |                         |
| 3.3.1.1.  | gastroskopia  |                         |
| 3.3.1.2.  | kolonoskopia  |                         |
| 3.4.      | 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |                         |
| 3.5.      | Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne  |                         |