K O M U N I K A T

w sprawie zmian w wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa wielkopolskiego

Działając na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu informuje o wprowadzeniu wskazanych poniżej zmian w opublikowanym w Biuletynie Informacji Publicznej w dniu 30 września 2022 r. *Wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa wielkopolskiego (ze zm.).*

Zmiany w wykazie obowiązujące od dnia 1 kwietnia 2025 roku dotyczą:

TABELA 1: SZPITALE I STOPNIA

Świadczeniodawca **- SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W TRZCIANCE**

3.6. Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych,w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami

3.6.1. LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) **zmiana nazwy na** LECZENIE PACJENTÓW Z MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA)

Świadczeniodawca **- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU**

3.4. Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych,w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami

3.4.1. LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) **zmiana nazwy na** LECZENIE PACJENTÓW Z MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA)

TABELA 3: SZPITALE III STOPNIA:

Świadczeniodawca **- WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. DR. ROMANA OSTRZYCKIEGO W KONINIE**

3.10. Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami

3.10.16. LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) **zmiana nazwy na** LECZENIE PACJENTÓW Z MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA)

<u>Zmiany w wykazie obowiązujące od dnia 1 lipca 2025 roku dotyczą:</u>

TABELA 1: SZPITALE I STOPNIA:

Świadczeniodawca - **SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA**

2. Profile systemu zabezpieczenia

- usunięcie pozycji:

2.5. NEONATOLOGIA

TABELA 2: SZPITALE II STOPNIA:

Świadczeniodawca - **CENTRUM MEDYCZNE HCP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

3. Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:

3.2. Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie:

3.2.1. badań endoskopowych przewodu pokarmowego:

- dodanie pozycji:

3.2.1.1. GASTROSKOPIA

Z poważaniem

Małgorzata Machulska

p.o. zastępca dyrektora ds. medycznych

/Dokument podpisany elektronicznie/