ZARZĄDZENIE Nr 64/2013/DS0Z
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 15 listopada 2013 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umowy w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „umową", a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń w tym zakresie, oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **dodatkowe miejsce przyjmowania pacjentów** - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w jednej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu poza miejscem udzielania świadczeń;
2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

[1)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570, Nr 237, poz. 1654; z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz.1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz.1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

3) **gotowość do udzielania świadczeń** – warunki organizacyjno-techniczne pozwalające na wykorzystanie zasobów kadrowych oraz niezbędnego sprzętu i wyposażenia do udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18^{00} do 8^{00} dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, od godz. 8^{00} danego dnia do godz. 8^{00} dnia następnego. Warunki nie są spełnione w sytuacji, w której zasoby kadrowe oraz niezbędny sprzęt i wyposażenie pozostają w gotowości poza miejscem udzielania świadczeń lub poza dodatkowym miejscem przyjmowania świadczeniobiorców;
4) **lekarz pediatra** – lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii (I stopień specjalizacji, II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będący w trakcie takiej specjalizacji (po ukończeniu dwóch lat od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego);
5) **lekarz medycyny rodzinnej** – lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji;
6) **lekarz medycyny ogólnej** – lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej;
7) **lekarz chorób wewnętrznych** – lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych (I stopień specjalizacji, II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będący trakcie takiej specjalizacji (po ukończeniu dwóch lat od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego);
8) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
9) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
10) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
11) **obszar zabezpieczenia** – określony przez dyrektora Oddziału Funduszu spójny terytorialnie obszar (powiat/powiaty, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice lub inny obszar jednoznacznie określony) ze względu na konieczność

właściwego zabezpieczenia świadczeń, uwarunkowany wielkością populacji i warunkami geograficzno-terytorialnymi danego obszaru;

12) **rozporządzenie MZ** – obowiązujące w momencie zawarcia umowy, o której mowa w § 1, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

13) **ryczałt miesięczny** – kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń udzielanych w okresie sprawozdawczym (miesiąc) w ramach gotowości do udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia, wszystkim zgłaszającym się świadczeniobiorcom - bez względu na ich adres zamieszkania; ryczałt miesięczny jest przypisany do obszaru zabezpieczenia, na który zgodnie z ogłoszeniem postępowania została zawarta umowa, bez względu na liczbę miejsc udzielania świadczeń/dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów zorganizowanych przez świadczeniodawcę na tym obszarze, oraz nie podlega podziałowi;

14) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

15) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności rozporządzeniu MZ oraz Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2
Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiot postępowania, o którym mowa w § 1, stanowi wyłonienie podmiotu udzielającego na obszarze zabezpieczenia wskazanym przez dyrektora Oddziału Funduszu w ogłoszeniu tego postępowania, świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, określonych art. 5 pkt 17a ustawy.

2. Szczegółowy katalog zakresów świadczeń, określonych przy uwzględnieniu możliwych wielkości obszarów zabezpieczenia, mierzonych liczbą osób je zamieszkujących (wielkość populacji), określony jest w załączniku nr 1 do zarządzenia.

3. Podstawę określenia wielkości populacji na danym obszarze zabezpieczenia stanowią aktualne lub prognozowane, w chwili ogłoszenia postępowania, dane na temat ludności określone w roczniku statystycznym ogłoszonym przez Główny Urząd Statystyczny. W przypadku obszarów mniejszych terytorialnie niż gmina (np. dzielnica miasta), dopuszcza się dane pozyskane z właściwych jednostek statystycznych dla danego obszaru (jednostek samorządu terytorialnego).

4. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w rozporządzeniu MZ, niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.

5. Wymóg spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 4, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń oraz dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów, zgłaszanych przez świadczeniodawcę w ofercie.

§ 4. 1. Przedmiotem umowy są świadczenia gwarantowane, o których mowa w załączniku Nr 5 do rozporządzenia MZ, udzielane świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w ramach gotowości do udzielania świadczeń poza godzinami dostępności określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym, finansowane przez Fundusz.

2. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

3. Dokonanie modyfikacji wzoru umowy wymaga uprzedniej, pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

4. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu WE nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.[2)]) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

[2)] Wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1–270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym

1) 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie;
2) 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki.

Rozdział 3
Zasady postępowania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz sposób i warunki udzielania świadczeń

§ 6. 1. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

2. Świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców, wymienionych w „Wykazie podwykonawców", stanowiącym załącznik nr 3 do umowy, z uwzględnieniem gotowości do udzielania świadczeń, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 3.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie dyrektora Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w umowie.

5. Dyrektor Oddziału Funduszu obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę lub podwykonawcę, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu, w terminie umożliwiającym zmianę umowy, jednak nie krótszym niż 14 dni od dnia ich zaistnienia.

§ 7. 1. Odpowiednio do zakresu świadczeń stanowiących przedmiot umowy, świadczeniodawca zapewnia:

---

rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz.U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

1) co najmniej jeden zespół lekarsko-pielęgniarski (jeden lekarz i jedna pielęgniarka) na każde rozpoczęte 50 000 osób zamieszkujących dany obszar zabezpieczenia, z zastrzeżeniem lit. a-c,
   a) dodatkowo oceniane jest, według kryteriów oceny ofert, zapewnienie udzielania świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej:
      - w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. 18^{00} do godz. 22^{00},
      - w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8^{00} do 12^{00} oraz od 18^{00} do 22^{00},
   b) w zakresach określonych w lp. 2-4 załącznika nr 1 do zarządzenia, w liczbie zespołów wymaganej do udzielania świadczeń, preferowane jest zapewnienie co najmniej jednego zespołu, w którego skład wchodzi lekarz pediatra,
   c) w zakresach określonych w lp. 3 i 4 załącznika nr 1 do zarządzenia, w godzinach od 24^{00} do 8^{00} dnia następnego, obsada kadrowa w miejscu udzielania świadczeń może ulec zmniejszeniu o jeden zespół lekarsko-pielęgniarski,
   d) zmniejszenie przez świadczeniodawcę obsady kadrowej, o którym mowa w lit. c, nie może skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń,
   e) o zmniejszeniu obsady kadrowej, o którym mowa w lit. c, świadczeniodawca informuje pisemnie dyrektora Oddziału Funduszu, w terminie nie krótszym niż trzy dni przed planowaną zmianą;
2) jedno miejsce udzielania świadczeń, z liczbą gabinetów lekarskich odpowiadającą liczbie lekarzy udzielających świadczeń na każdym dyżurze, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do miejsca udzielania świadczeń w czasie określonym w § 2 ust. 1 pkt 3.

3. W zakresach określonych w lp. 2-4 załącznika nr 1 do zarządzenia, świadczeniodawca w celu zwiększenia dostępności do świadczeń, może zorganizować dodatkowe miejsce przyjmowania świadczeniobiorców, poza miejscem udzielania świadczeń, o którym mowa w ust. 1 pkt 2. Zaakceptowany przez dyrektora Oddziału

Funduszu wniosek świadczeniodawcy o zorganizowanie dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów stanowi podstawę do zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w celu określenia dodatkowego miejsca przyjmowania świadczeniobiorców.

4. W dodatkowych miejscach przyjmowania świadczeniobiorców:
   1) winny być spełnione warunki realizacji świadczeń, określone w części II załącznika nr 5 do rozporządzenia MZ;
   2) udzielanie świadczeń odbywa się na zasadach określonych w § 2 ust. 1 pkt 3, z uwzględnieniem ust. 1 pkt 1 lit. a.

5. Liczba zespołów lekarsko-pielęgniarskich udzielających świadczeń w zakresach świadczeń określonych w lp. 2-4 załącznika nr 1 do zarządzenia obejmuje miejsce udzielania świadczeń oraz dodatkowe miejsca przyjmowania świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 3.

6. Miejsce udzielania świadczeń zorganizowane dla udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, świadczeniodawca wykazuje w składanej ofercie, zgodnie z wymogami określonymi w ogłoszeniu postępowania.

7. Miejsce udzielania świadczeń oraz dodatkowe miejsca przyjmowania świadczeniobiorców, winny być zlokalizowane na terenie obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy postępowanie, w głównych lub znaczących ośrodkach administracyjnych obszaru.

8. Uwzględniając kryterium dostępności do świadczeń, preferowana jest i dodatkowo oceniana w kryteriach oceny ofert, lokalizacja miejsca udzielania świadczeń w głównym ośrodku administracyjnym na terenie obszaru zabezpieczenia.

9. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności w sytuacji braku oferentów spełniających wymóg lokalizacji miejsca udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy, dyrektor Oddziału Funduszu może odstąpić od jego stosowania.

§ 8. 1. Wykaz oraz sposób udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, określone są w części I załącznika nr 5 do rozporządzenia MZ.

2. Warunki realizacji świadczeń, w tym: wymagane kwalifikacje personelu, warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, określone są w części II załącznika nr 5 do rozporządzenia MZ oraz w załączniku nr 3 do zarządzenia.

Uwzględniając kryterium jakości świadczeń, w kwalifikacjach lekarzy udzielających świadczeń i ich czasie pracy, z wyłączeniem kryteriów określonych w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. a i b, preferowane są i dodatkowo oceniane w kryteriach oceny ofert, kwalifikacje w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych.

3. Świadczenia będące przedmiotem umowy, realizowane są przez osoby wymienione w „Harmonogramie – zasoby", stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

4. Osoby, o których mowa w ust. 3, zapewniające gotowość do udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, nie mogą w tym samym czasie udzielać świadczeń u innych świadczeniodawców oraz wykonywać czynności wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń.

5. Jeżeli w miejscu udzielania świadczeń lub dodatkowym miejscu przyjmowania świadczeniobiorców, w gotowości do udzielania świadczeń pozostaje jeden zespół lekarsko-pielęgniarski, w celu zapewnienia ciągłej dostępności do świadczeń ambulatoryjnych, w sytuacji udzielania świadczeń w miejscu przebywania świadczeniobiorcy jeden z członków zespołu pozostaje w gotowości w miejscu określonym w umowie jako miejsce udzielania świadczeń.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obowiązany jest do dokumentowania świadczeń udzielanych w każdym z miejsc udzielania świadczeń oraz dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów.

2. Prowadzona dokumentacja zbiorcza, zawiera w szczególności:

1) dane osobowe świadczeniobiorcy, tj.: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, a w przypadku jego braku - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
2) datę zgłoszenia świadczenia oraz tryb jego udzielania (ambulatoryjnie, w formie porady telefonicznej, w formie wizyty w miejscu przebywania świadczeniobiorcy), a w przypadku świadczeń udzielanych w miejscu przebywania świadczeniobiorcy, także godzinę przyjęcia zgłoszenia;
3) przyczynę zgłoszenia;
4) informację o odmowie realizacji zgłoszenia wraz z podaniem uzasadnienia dokonanej odmowy;

5) datę wykonania świadczenia, a w przypadku wizyty w miejscu przebywania świadczeniobiorcy także godzinę wyjazdu oraz godzinę powrotu osoby udzielającej świadczenia;
6) informacje dotyczące udzielonego świadczenia:
   a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu,
   b) wydane pacjentowi zalecenia, skierowania, recepty na leki, zaświadczenia, inne dokumenty związane z udzielonym świadczeniem;
7) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu).

3. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona i dostępna w miejscu udzielania świadczeń.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do rejestrowania rozmów telefonicznych prowadzonych przez personel w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem umowy. Nośniki zawierające zarejestrowane rozmowy, o których mowa w zd. 1, podlegają obowiązkowi archiwizacji przez okres nie krótszy niż jeden rok.

Rozdział 4
Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 10. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do gromadzenia i przekazywania do Oddziału Funduszu informacji o zrealizowanych świadczeniach za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (odpowiednio: komunikat XML typu: ,,SWIAD" *,,Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych"* lub typu ,,ZBPOZ" – *„Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ"*), w terminie do 10. dnia miesiąca następującego po upływie każdego okresu sprawozdawczego.

3. Wykazy świadczeń podlegających sprawozdawaniu przez świadczeniodawcę oraz typ komunikatu XML, z zastosowaniem którego informacja o zrealizowanych świadczeniach jest przekazywana do Oddziału Funduszu, określone są w załączniku nr 4 do umowy.

4. Zakresem przekazywanych danych o świadczeniach, udzielanych w okresie

sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, objęte są dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy oraz kod świadczenia.

5. Zmiana definicji komunikatów sprawozdawczych XML, o których mowa w ust. 2, dokonywana jest z zachowaniem okresu przejściowego pomiędzy datą ogłoszenia definicji komunikatu XML, a datą jego obowiązywania, uwzględniającego co najmniej jeden pełny okres sprawozdawczy.

§ 11. 1. Dla celów rozliczania udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej stosuje się ryczałt miesięczny, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 13.

2. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych w umowie.

Rozdział 5
Postanowienia końcowe

§ 12. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 13. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2014 i lata następne.

§ 14. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z upoważnienia

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Służb Mundurowych

Zbigniew Teter