

**ZARZĄDZENIE Nr 71/2017/DSM**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 11 sierpnia 2017 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**  
**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

**§ 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;
- 3) **gotowość do udzielania świadczeń** – warunki organizacyjno-techniczne pozwalające na wykorzystanie zasobów kadrowych oraz niezbędnego

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz Dz. U. z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200 1292, 1386 i 1428.

sprzętu i wyposażenia do udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup> dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8<sup>00</sup> danego dnia do godz. 8<sup>00</sup> dnia następnego. Warunki nie są spełnione w sytuacji, w której zasoby kadrowe oraz niezbędny sprzęt i wyposażenie pozostają w gotowości poza miejscem udzielania świadczeń, o którym mowa w pkt 5, poza dodatkowym miejscem przyjmowania pacjentów lub poza miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego, o którym mowa w pkt 4, z wyłączeniem personelu wskazanego do realizacji świadczeń w zakresie podstawowym;

- 4) **miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego** – miejsce, w którym osoby wskazane do realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy oczekują na zlecenie wyjazdu;
- 5) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 6) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 7) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, o której mowa w pkt 14;
- 8) **obszar zabezpieczenia** – spójny terytorialnie obszar (powiat/powiaty, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice, osiedle/osiedla lub inny obszar jednoznacznie określony) wyodrębniony ze względu na konieczność właściwego zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 9) **PSZ** – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, o której mowa w pkt 14;

- 11) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w pkt 14;
- 12) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy, o której mowa w pkt 14;
- 13) **ryczałt** – kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń w ramach gotowości do udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia wszystkim zgłaszającym się świadczeniobiorcom – bez względu na ich adres zamieszkania/pobytu;
- 14) **ustawa** – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

## **Rozdział 2**

### **Przedmiot postępowania**

**§ 3.** 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawcy do udzielania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 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.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem postępowania w celu zawarcia umowy objęte są:

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

3. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi komórki organizacyjne, których kody charakteryzujące komórki organizacyjne zakładu leczniczego są określone w rejestrze, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

**§ 4.** 1. Postępowanie, o którym mowa § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawcy do realizacji świadczeń na obszarze terytorialnym:

- 1) gminy;
- 2) więcej niż jednej gminy;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednego powiatu;
- 5) dzielnicy/osiedla;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy/osiedla;
- 7) inny obszar jednoznacznie określony.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z art. 148 ustawy, w tym z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

### **Rozdział 3**

#### **Szczegółowe warunki umowy**

**§ 5.** 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w § 1 pkt 2, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, przy uwzględnieniu wielkości obszarów zabezpieczenia mierzonych liczbą osób je zamieszkujących (wielkość populacji) 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, finansowanych przez Fundusz.

2. Obszary zabezpieczenia określone są przez dyrektora Oddziału Funduszu, z uwzględnieniem wykazu podmiotów zakwalifikowanych do PSZ.

3. Podstawę do określenia obszaru zabezpieczenia stanowią aktualne lub prognozowane, w chwili tworzenia planu zabezpieczenia świadczeń, dane na temat liczby ludności określone w roczniku statystycznym ogłoszonym przez Główny Urząd Statystyczny. W przypadku obszarów mniejszych terytorialnie niż gmina dopuszcza się pozyskanie danych z właściwych jednostek statystycznych dla określonego obszaru (jednostki samorządu terytorialnego).

4. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

5. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

**§ 6.** 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa oraz dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów.

**§ 7.** 1. 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 w ust. 1 pkt 3.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być udzielane po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu oceniającego zachowanie odpowiedniej dostępności do świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia.

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

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.

5. Fundusz obowiązany jest poinformować świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Każda zmiana warunków udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę lub podwykonawcę, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym jej powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

**§ 8.** 1. Odpowiednio do zakresu świadczeń stanowiących przedmiot umowy, świadczeniodawca zapewnia jedno miejsce udzielania świadczeń, z liczbą gabinetów lekarskich odpowiadającą liczbie lekarzy udzielających świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 4.

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

3. Dopuszczona jest możliwość wskazania miejsca wyczekiwania zespołu wyjazdowego w innej lokalizacji niż miejsce udzielania świadczeń.

4. W celu zwiększenia dostępności do świadczeń, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, strony umowy mogą ustalić konieczność zorganizowania dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów. Ustalenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, stanowi podstawę do zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W dodatkowych miejscach przyjmowania pacjentów:

- 1) winny być spełnione warunki realizacji świadczeń, określone w rozporządzeniu, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 2) udzielanie świadczeń odbywa się na zasadach określonych w § 2 ust. 1 pkt 3;

- 3) dopuszczalne jest udzielanie świadczeń w uzgodnionych z dyrektorem Oddziału Funduszu dniach i godzinach pracy, innych niż wskazane w § 2 ust. 1 pkt 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, dodatkowe miejsca przyjmowania pacjentów oraz miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego, winny być zlokalizowane na obszarze terytorialnym, którego dotyczy postępowanie lub obszarze terytorialnym wskazanym dla podmiotów PSZ.

**§ 9.** 1. Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz sposób udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są określone w rozporządzeniu.

2. Warunki realizacji świadczeń, w tym: wymagane kwalifikacje personelu, warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną są określone w rozporządzeniu, natomiast wymagania dodatkowo oceniane (rankingujące) określone są w rozporządzeniu kryterialnym.

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

**§ 10.** 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 oraz świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania/pobytu świadczeniobiorcy.

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 pacjenta oraz tryb udzielania świadczenia (ambulatoryjnie, w formie porady telefonicznej, w formie porady udzielonej w miejscu

zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy), a w przypadku świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu 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 zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, także godzinę wyjazdu oraz godzinę powrotu osoby udzielającej świadczenia;
- 6) informacje dotyczące udzielonego świadczenia:
  - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, tj. rozpoznania zasadniczego,
  - b) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania wg wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9,
  - c) wydane pacjentowi zalecenia, skierowania, recepty na leki, zaświadczenia lub 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, odpowiednio do zakresu świadczeń objętego umową, w miejscu udzielania świadczeń.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany do:

- 1) przyjmowania zgłoszeń i rejestrowania rozmów telefonicznych prowadzonych przez personel w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem umowy w miejscu udzielania świadczeń. Nośniki zawierające zarejestrowane rozmowy podlegają obowiązkowi archiwizacji przez okres nie krótszy niż jeden rok;
- 2) bieżącego przekazywania informacji o przyjętym zgłoszeniu personelowi pozostającemu w gotowości w miejscu wyczekiwania zespołu wyjazdowego.

**§ 11.** 1. Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane o świadczeniach udzielonych poszczególnym osobom, w zakresie i na zasadach



określonych w przepisach ustawy, w zarządzeniach Prezesa Funduszu wydanych na podstawie tej ustawy oraz w umowie.

2. Dane o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych poszczególnym osobom świadczeniodawca obowiązany jest przekazywać zgodnie z zakresami świadczeń i kodami świadczeń, określonymi w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

3. 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.

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

5. Zakresem przekazywanych danych o świadczeniach, udzielanych w okresie sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, objęte są dane określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, oraz kod świadczenia.

6. Zmiana definicji komunikatów sprawozdawczych XML, o których mowa w ust. 3, dokonywana jest z zachowaniem okresu przejściowego pomiędzy datą ogłoszenia definicji komunikatu XML, a datą jego obowiązywania, uwzględniającego co najmniej jeden pełny okres sprawozdawczy.

**§ 12.** 1. Warunki rozliczania świadczeń są określone w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu określone są w planie rzeczowo – finansowym, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do umowy.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem umowy są finansowane w formie ryczału, określonego odrębnie dla każdego zakresu świadczeń określonego w **załączniku nr 1** do zarządzenia, stanowiącego kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń udzielanych w okresie sprawozdawczym (miesiąc).

4. W przypadku obszarów zabezpieczenia, na których świadczenia są realizowane w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia przez jeden podmiot wybrany w wyniku przeprowadzonego postępowania lub też podmiot zakwalifikowany do PSZ, wysokość ryczału dla takich podmiotów określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu.

5. Ryczałt, o którym mowa w ust. 4, określany jest w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, określone w rozporządzeniu z uwzględnieniem wielkości obszaru zabezpieczenia.

6. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, w obszarach zabezpieczenia, w których świadczenia są realizowane przez kilka (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ, odbywa się w oparciu o stawkę ryczału (R), którego wysokość stanowi suma dwóch składowych zgodnie ze wzorem:

$$R = S + W$$

gdzie:

S – stawka bazowa, określona odpowiednio dla zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy,

W – składowa ryczału za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich.

7. Stawka bazowa, dla poszczególnych zakresów wymienionych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, określone w rozporządzeniu.

8. Składowa ryczału za liczbę udzielonych porad (W), o której mowa w ust. 6, określana jest odrębnie dla świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz odrębnie dla świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, na podstawie poniższego wzoru:

$$W = \frac{(pl * al) + (pp * ap)}{lm}$$

gdzie:

pl – liczba porad lekarskich w okresie przyjętym do kalkulacji (nie uwzględnia się porad udzielonych telefonicznie),

al – przyjęta do kalkulacji cena porady lekarskiej – 32 zł (cena porady lekarskiej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy korygowana jest o współczynnik 1,3 w stosunku do ceny porady lekarskiej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych),

pp – liczba wizyt pielęgniarskich w okresie przyjętym do kalkulacji,

ap – przyjęta do kalkulacji cena wizyty pielęgniarskiej – 13 zł (cena wizyty pielęgniarskiej realizowanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy korygowana jest o współczynnik 1,3 w stosunku do ceny wizyty pielęgniarskiej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych),

lm – liczba miesięcy w okresie przyjętym do kalkulacji (wskazany jest przyjęcie do kalkulacji danych sprawozdawczych z roku poprzedzającego rok, na który obliczana jest składowa ryczałtu, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum trzech kolejnych miesięcy).

9. W przypadku utworzenia dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów lub zwiększenia liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich wyznaczonych do realizacji świadczeń w przypadku zakresu określonego w lp. 4 **załącznika nr 1** do zarządzenia, odpowiednio stawka bazowa, o której mowa w ust. 7 lub wysokość ryczałtu, określona dla podmiotów w przypadku, o którym mowa w ust. 4, może ulec zwiększeniu.

## Rozdział 4

### Postanowienia końcowe

**§ 13.** 1. Do wyliczenia składowej ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich (W), o której mowa w § 12 ust. 8, na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 marca 2018 r. przyjmuje się dane statystyczne Oddziału Funduszu dla danego obszaru zabezpieczenia za rok 2016 r.

2. Stawki ryczałtu ustalanego na okres finansowania począwszy od dnia 1 kwietnia 2018 r. ulegają weryfikacji na podstawie danych sprawozdawczych dostępnych z uwzględnieniem okresu, o którym mowa w ust. 1.

**§ 14.** 1. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe, nie dłużej niż do dnia 30 września 2017 r.

2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy, o których mowa w § 16.

**§ 15.** Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umów realizowanych w ramach PSZ, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 października 2017 r.

**§ 16.** Traci moc zarządzenie Nr 72/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

**§ 17.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**Z up. Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Z-ca Prezesa ds. Finansowych  
Maciej Miłkowski**