

**Zarządzenie Nr 26 /2012/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 maja 2012 r.**

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust.1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. 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 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, zwanej dalej "umową", a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem tych umów oraz warunki dodatkowe oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **chemioterapia** – świadczenie, w trakcie którego podawane są leki wymienione w katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii;

2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

^[1] Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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 i Nr 127, poz. 857 i 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 oraz z 2012 r. Nr 22, poz.123.

3) **katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii** – wykaz zawierający leki o znaczeniu podstawowym albo wspomagającym w leczeniu rozpoznanych określonych według ICD 10, które wymienione są w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.¹), zwanej dalej „ustawą refundacyjną”.

4) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;

5) **okresowa ocena skuteczności chemioterapii** – realizowane w trybie ambulatoryjnym lub trybie jednodniowym, nie częściej niż raz w miesiącu i nie rzadziej niż raz na trzy miesiące, kompleksowe świadczenie składające się z porady specjalistycznej oraz wykonywanych w trakcie tej porady badań laboratoryjnych lub obrazowych, zgodnie z obowiązującymi opartymi o aktualną wiedzę medyczną zasadami postępowania medycznego przy leczeniu nowotworów chemioterapią;

6) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu, zwany również OW NFZ;

7) **osobodzień** – jednostka miary służąca do rozliczania świadczeń opisanych w katalogu świadczeń realizowanych w zakresie chemioterapii;

8) **punkt** – jednostka rozliczeniowa, jednostkowa miara służąca do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w katalogach, stanowiących załączniki nr 1e, i 1j, 1n do zarządzenia;

9) **raport statystyczny** – informacja o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;

10) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** – całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno – terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu;

11) **świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym** – udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;

12) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenie szpitalne, dla których w umowie określa się kwotę i sposób finansowania;

1 Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. Nr 17, poz. 95.

13) **taryfa** – wartość jednostkowa leku obliczana zgodnie ze wzorem określonym w § 15 ust. 3 pkt 2.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143 z późn. zm), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653 z późn. zm), oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy, jest wyłonienie wykonawców świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 4 ust. 1.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja finansowanych przez Fundusz świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresie chemioterapia, określonych:

1) w katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia, zwanym dalej "katalogiem świadczeń podstawowych", stanowiącym **załącznik nr 1e** do zarządzenia;

2) w katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia, zwanym dalej "katalogiem świadczeń wspomagających", stanowiącym **załącznik nr 1j** do zarządzenia;

3) w katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii, zwanym dalej "katalogiem leków", stanowiącym **załącznik nr 1n** do zarządzenia.

2. Umowa określa zasady rozliczania świadczeń.

3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

W rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia leki podawane są świadczeniobiorcom w następujących trybach:

- 1) hospitalizacja;
- 2) tryb jednodniowy;
- 3) tryb ambulatoryjny.

§ 6.

1. Katalog świadczeń podstawowych zawiera następujące świadczenia:

- 1) **hospitalizacja hematologiczna u dorosłych;**
- 2) **hospitalizacja onkologiczna u dorosłych;**
- 3) **hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci;**
- 4) **hospitalizacja pulmonologiczna w celu leczenia nowotworów u dorosłych;**
- 5) **hospitalizacja onkologiczna w trybie jednodniowym;**
- 6) **porada ambulatoryjna związana z chemioterapią.**

2. Realizacja świadczeń, o których mowa w ust.1 pkt. 1 – 4, dotyczy dni pobytu, w których następuje realizacja świadczeń dla świadczeniobiorcy w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia oraz polega na:

- 1) przygotowaniu świadczeniobiorcy do przyjmowania chemioterapii, a następnie podawaniu leków wymienionych w **załączniku nr 1n**, lub
- 2) wykonaniu badań diagnostycznych związanych z leczeniem nowotworów lub
- 3) leczeniu powikłań po chemioterapii lub
- 4) pobycie świadczeniobiorcy w trakcie cyklu chemioterapii.

3. Realizacja świadczenia, o którym mowa w ust.1 pkt 5, dotyczy dni pobytu, w których następuje realizacja świadczenia dla świadczeniobiorcy w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, polegająca na:

1) przygotowaniu świadczeniobiorcy do przyjmowania chemioterapii, a następnie podaniu leków wymienionych w **załączniku nr 1n**, lub

2) wykonaniu badań diagnostycznych związanych z leczeniem nowotworów.

4. Porada ambulatoryjna związana z chemioterapią dotyczy wizyty ambulatoryjnej, w ramach której świadczeniobiorcy wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, ordynowane, podawane lub wydawane leki przeciwnowotworowe lub leki wspomagające celem samodzielnego przyjmowania przez świadczeniobiorcę w domu.

5. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, można sumować ze świadczeniami katalogu świadczeń wspomagających, stanowiącym **załącznik nr 1j** do zarządzenia zgodnie z warunkami udzielania świadczeń.

6. Wartość punktową świadczeń, o których mowa w ust. 1, określa katalog świadczeń podstawowych, stanowiący **załącznik nr 1e** do zarządzenia.

7. W przypadku wydania przez świadczeniodawcę świadczeniobiorcy leku przeciwnowotworowego do stosowania w warunkach domowych, świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru leku każdorazowo wypełnia oświadczenie o odbiorze leku, którego wzór określa **załącznik nr 5** do zarządzenia. Oświadczenie powinno być dołączone do indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

§ 7.

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – (Dz. Urz. W. L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

- 85110000 – 3 Usługi szpitalne i podobne,
- 85121200 – 5 Specjalistyczne usługi medyczne,
- 85143000 – 3 Usługi ambulatoryjne.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 8.

1. Umowę zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy musi spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
3. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 2, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.
4. Godziny pracy personelu, o których mowa w wymaganiach określonych w ust. 2, mogą się pokrywać z godzinami pracy tego personelu w macierzystym oddziale lub poradni, gdzie odbywa się realizacja świadczeń z zakresu chemioterapii.

§ 9.

W przypadku, gdy świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem obowiązku spełnienia w miejscu realizacji świadczeń warunków udzielania świadczeń.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 10.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w "wykazie podwykonawców", stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone dla świadczeniodawców w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie. Oddział Funduszu zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
4. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

6. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych.

§ 11.

1. Świadczeniodawca jest odpowiedzialny za stosowanie każdego z leków ujętych w katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz standardami kojarzenia leków wymienionych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej.

2. Terapię realizowaną zgodnie z zasadami stosowania leków, o których mowa w ust. 1, kwalifikuje się jako chemioterapię standardową. Za wdrożenie odpowiedniej terapii zgodnie z aktualną wiedzą medyczną odpowiada lekarz prowadzący.

3. Koszty badań wykonanych w trakcie udzielania świadczeń, podanych lub wydanych leków oraz zastosowanych wyrobów medycznych i produktów leczniczych niezbędnych do wykonania świadczenia ponosi świadczeniodawca.

4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przeprowadzania okresowej oceny skuteczności chemioterapii zgodnie z kryteriami wykonania porady, której opis stanowi **załącznik nr 4** do zarządzenia oraz umieszczania wyników oceny w indywidualnej karcie leczenia chorego, której wzór stanowi **załącznik nr 4a** do zarządzenia.

5. W ramach umowy, o której mowa w § 4 ust. 1, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo dokumentacji wymaganej warunkami zarządzenia.

6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

7. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

8. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

9. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

10. Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w trybie hospitalizacji, w tym hospitalizacji planowej, lub w trybie jednodniowym może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym.

11. W przypadku stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi świadczeniodawca jest zobowiązany uzyskać pisemną zgodę świadczeniobiorcy na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi, którego wzór określa **załącznik 4b** do zarządzenia. Zgoda powinna być dołączona do indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy .

§ 12.

1. Świadczenia, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby, posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z **załącznikiem nr 2** do umowy.

2. Wszelkie zmiany personelu, o którym mowa w ust. 1, w okresie obowiązywania umowy wymagają akceptacji właściwego oddziału Funduszu.

§ 13.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń, zgodnie z harmonogramem – zasoby, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Harmonogram – zasoby powinien gwarantować prawo świadczeniobiorców do równego dostępu do świadczeń.

Rozdział 5

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 14.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest:

1) rachunek wraz z raportem statystycznym,

oraz

2) "załącznik sprawozdawczo rozliczeniowy" dla świadczeń z zakresu chemioterapii, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4** do umowy.

2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu i sprawozdania będącego podstawą wystawienia rachunku.

3. Świadczeniodawca składa w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę:

1) rachunek w formie papierowej wraz z raportem statystycznym w formie elektronicznej,

2) sprawozdanie, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4** do umowy w formie elektronicznej, z zastrzeżeniem, że część II załącznika: "ewidencja faktur" dotyczy wyłącznie faktur związanych z zakupem leków z katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii nowotworów. Zakres danych przewidziany w II części załącznika "ewidencja faktur" jest przekazywany do Oddziału Funduszu co miesiąc do 5 dnia po zakończonym miesiącu zgodnie z formatem XML opublikowanym przez Fundusz.

4. Informacje zawarte w raporcie statystycznym muszą być zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadami określonymi przez Prezesa Funduszu.

5. W ramach raportu statystycznego, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania rozpoznań według "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" – ICD – 10 w postaci 5 – znakowej (X12.3) oraz wykonanych procedur medycznych według "Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych" – ICD – 9.

§ 15.

1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

2. Warunki rozliczania świadczeń określone są w umowie.

3. Należność za świadczenia stanowi sumę iloczynów:

1) liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń, katalogu ryczałtów i ceny punktu, oraz

2) ilości substancji czynnych podanych świadczeniobiorcom w powiązaniu z lekami identyfikowalnymi poprzez kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN, wagi punktowej jednostki miary leków określonych w katalogu leków, ceny punktu i taryfy dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN określonej według wzoru:

$$T = \frac{L}{I}$$

gdzie:

T – taryfa,

L – wysokość limitu finansowania zgodna z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku, a w przypadku wymagającym uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dane z faktury zakupu danego leku,

I – liczba jednostek miary (jednostka miary zgodna z załącznikiem 1n do zarządzenia) w opakowaniu dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN.

4. Rozliczeniu podlegają podane/wydane świadczeniobiorcy leki, w ilościach stanowiących wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji określonych w katalogu leków.

5. Dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień, z zastrzeżeniem ust. 6.

6. Rozliczeniu podlega każdy osobdzień, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 5.

7. Należność za świadczenia nie może być większa od iloczynu liczby punktów i ceny punktu, określonych w planie rzeczowo – finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

8. Należność dla danego zakresu świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy przekazywana w rachunku może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż określone w ust. 3. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo – finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

9. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

10. W ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, dopuszcza się okres krótszy niż 14 dni pomiędzy hospitalizacjami, z powodu tej samej jednostki chorobowej.

§ 16.

1. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu.

2. Wystawienie faktury lub rachunku następuje na podstawie zatwierdzonego przez Oddział Funduszu raportu statystycznego.

3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych lub przedstawienie ich w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w zakresie rozliczenia, do którego Oddział Funduszu powziął zastrzeżenia.

§ 17.

Z dniem 30 czerwca 2012 r. traci moc zarządzenie Nr 68/2011//DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

§ 18.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych od 01.07.2012 r.

§ 19.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Jacek Paszkiewicz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia