***Projekt***

z dnia 17 października 2023 r.

Zatwierdzony przez .........................

**Zarządzenie Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

z dnia .................... 2023 r.

**w sprawie ogólnych warunków zawierania i realizacji umów na wykonywanie zalecanych szczepień ochronnych w aptece**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2022 r. poz. 2651 z późn. zm.[[1]](#footnote-2)1), zarządza się, co następuje:

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

**§ 1.**Zarządzenie określa:

1) przedmiot postępowania w zakresie zawierania umów na wykonywanie zalecanych szczepień ochronnych w aptekach, finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej "umowami na wykonywanie szczepień", o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[[2]](#footnote-3)2), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach";

2) szczegółowe warunki umowy na wykonywanie szczepień.

**§ 2.**1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) aplikacja ofertowa – aplikacja udostępniana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu przygotowania wniosku, o którym mowa w pkt 12;

2) apteka - aptekę ogólnodostępną, posiadającą zawartą z Funduszem umowę na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, o której mowa w przepisach ustawy o świadczeniach;

3) farmaceuta - rozumie się przez to farmaceutę realizującego szczepienie, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1234), spełniającego warunki konieczne do wykonywania szczepień, o których mowa w art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, 909), zwanej dalej "ustawą o chorobach zakaźnych";

4) formularz wniosku – formularz wniosku o zawarcie umowy na wykonywanie szczepień, sporządzony za pomocą aplikacji ofertowej, w formie elektronicznej i papierowej;

5) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;

6) harmonogram - rozumie się przez to wskazany w Portalu NFZ wykaz zawierający informacje dotyczące farmaceutów wykonujących szczepienia w aptece, dostępności miejsca udzielania świadczeń oraz personelu;

7) kwalifikacja - kwalifikacja do szczepienia w rozumieniu przepisu art. 19 ust. 5a ustawy o chorobach zakaźnych;

8) obwieszczenie - obwieszczenie ministra właściwego ds. zdrowia w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych przeprowadzanych w aptece, które mogą być w całości lub w części finansowane ze środków publicznych, wydane na podstawie art. 19 ust. 2b ustawy o chorobach zakaźnych;

9) oddział Funduszu - oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na adres apteki;

10) Ogólne warunki umów – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;

11) okres sprawozdawczy - okres od 1 dnia miesiąca lub dnia zawarcia umowy do ostatniego dnia miesiąca;

12) Portal NFZ - udostępniony przez Fundusz system informatyczny określony w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, dedykowany dla świadczeniodawców i podwykonawców;

13) wniosek – wniosek podmiotu prowadzącego aptekę o zawarcie umowy na wykonywanie szczepień, który składa się z formularza wniosku oraz dokumentów, o których mowa w § 6 ust. 4;

14) wnioskodawca – podmiot prowadzący aptekę ubiegający się o zawarcie umowy na wykonywanie szczepień.

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

**Rozdział 2.**  
**Przedmiot postępowania**

**§ 3.**1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest zawarcie umowy na wykonywanie szczepień, z wnioskodawcą spełniającym wymagania określone w szczególności w przepisach:

1) ustawy o świadczeniach oraz rozporządzeń wydanych na podstawie upoważnień zamieszczonych w tej ustawie;

2) ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 poz. 2301 z późn. zm.[[3]](#footnote-4)3)), zwanej dalej "ustawą Prawo farmaceutyczne" oraz rozporządzeń wydanych na podstawie upoważnień zamieszczonych w tej ustawie;

3) ustawy o chorobach zakaźnych;

4) niniejszego zarządzenia.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) 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 umów objęta jest następująca nazwa i kod: 85120000-6 Usługi medyczne i podobne.

**Rozdział 3.**  
**Szczegółowe warunki umowy**

**§ 4.**1. Przedmiotem umowy na wykonywanie szczepień jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 19 ust. 2a ustawy o chorobach zakaźnych.

2. Szczepienia ochronne objęte umową na wykonywanie szczepień określają przepisy wydane na podstawie art. 19 ust. 2b ustawy o chorobach zakaźnych.

3. Wzór umowy na wykonywanie szczepień określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy na wykonywanie szczepień wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

**§ 5.**1. Umowa na wykonywanie szczepień jest zawierana z Funduszem odrębnie dla każdej apteki.

2. Umowy na wykonywanie szczepień mogą być zawierane w stosunku do aptek spełniających wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne.

3. Fundusz zamieszcza na stronie internetowej danego oddziału Funduszu informacje o naborze oraz o warunkach zawarcia umowy na wykonywanie szczepień, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy o świadczeniach.

4. Umowa na wykonywanie szczepień zawierana jest z podmiotem prowadzącym aptekę na podstawie prawidłowo wypełnionego i kompletnego wniosku.

**Rozdział 4.**  
**Sposób składania wniosków i zasady postępowania**

**§ 6.**1. Wniosek o zawarcie umowy na wykonywanie szczepień składany jest przez wnioskodawcę do oddziału Funduszu właściwego ze względu adres apteki. Wzór wniosku stanowi **załącznik nr 1** do zarządzenia.

2. Formularz wniosku sporządzany jest z zastosowaniem udostępnionej przez Fundusz aplikacji obsługującej postępowanie.

3. Wniosek, powinien być podpisany przez wnioskodawcę lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania. W przypadku podpisania wniosku kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym po udostępnieniu takiej funkcjonalności przez Fundusz, forma papierowa formularza wniosku nie jest wymagana.

4. Do wniosku załącza się następujące oryginały dokumentów albo ich kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę:

1) oświadczenia, zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 1 do wniosku**;

2) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w załączniku **nr 2 do wniosku;**

3) polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez farmaceutów w związku z udzielaniem świadczeń; wnioskodawca może złożyć także umowę przedwstępną lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;

4) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy – w przypadku gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

6. Szczegółową procedurę ustalania oraz zmiany numeru rachunku bankowego określa zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie procedury ustalania oraz zmiany rachunku bankowego świadczeniodawców, podmiotów prowadzących apteki lub punkty apteczne oraz pozostałych kontrahentów.

7. Kopie dokumentów stanowiących załączniki do wniosku składanego w formie elektronicznej powinny być podpisane podpisem elektronicznym przez wnioskodawcę lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania.

8. Oddział Funduszu może zażądać:

1) dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób wymienionych w wykazie farmaceutów określonym we wniosku;

2) przedstawienia do wglądu oryginału dokumentu w przypadku, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej zgodności z oryginałem.

**§ 7.**1. Przygotowując formularz wniosku, wnioskodawca obowiązany jest do:

1) uzyskania dostępu do korzystania z Portalu NFZ, oraz zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z użyciem tego Portalu;

2) pobrania aplikacji ofertowej oraz zapytania ofertowego ze stron internetowych oddziału Funduszu;

3) wczytania zapytania ofertowego do udostępnionej przez oddział Funduszu aplikacji;

4) przygotowania formularza wniosku wyłącznie na podstawie udostępnionej przez oddział Funduszu aplikacji ofertowej;

5) zapisania wersji elektronicznej formularza wniosku na nośniku elektronicznym w sposób zapewniający trwałość zapisu informacji oraz opisanie następującymi informacjami:

a) nazwą i adresem wnioskodawcy,

b) przedmiotem postępowania;

6) wydrukowania wersji papierowej formularza wniosku i opatrzenia każdej ze stron czytelnym podpisem w przypadku wniosku składanego w formie papierowej.

**§ 8.**1. Wnioski składa się do oddziału Funduszu, właściwego ze względu na adres apteki, której dotyczy umowa na wykonywanie szczepień.

2. Wnioski składane w formie papierowej mogą zostać złożone osobiście lub przesłane za pośrednictwem operatora pocztowego do siedziby oddziału Funduszu.

3. Wnioski mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego. Złożony do oddziału Funduszu wniosek niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia jego złożenia, jest weryfikowany pod względem poprawności i kompletności. Informacja o przystąpieniu do weryfikacji wniosku przez oddział Funduszu jest widoczna dla wnioskodawcy w Portalu NFZ.

4. W przypadku wniosku zawierającego braki formalne, oddział Funduszu wzywa wnioskodawcę do korekty lub usunięcia braków formalnych wniosku, w terminie wyznaczonym przez oddział Funduszu, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

5. W uzasadnionych przypadkach oddział Funduszu może przedłużyć termin, o którym mowa ust. 3, jednak nie więcej niż o 30 dni.

6. Dokumenty lub oświadczenia złożone w wyniku wezwania oddziału Funduszu do korekty lub usunięcia braków formalnych powinny zawierać oznaczenie "KOREKTA WNIOSKU lub USUNIĘCIE BRAKÓW FORMALNYCH WNIOSKU".

7. W przypadku gdy zachodzi potrzeba korekty lub potrzeba usunięcia braków formalnych wniosku na wezwanie oddziału Funduszu, wnioskujący może usunąć braki formalne wniosku (o ile jest to możliwe) w siedzibie oddziału Funduszu przy wydzielonym do tego celu stanowisku komputerowym.

8. W przypadku nieusunięcia braków formalnych wniosku w wyznaczonym przez oddział Funduszu terminie, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym oddział Funduszu pisemnie powiadamia wnioskodawcę.

9. Wnioskodawca może skorygować, uzupełnić lub wycofać złożony przez siebie wniosek. Poprawiony, uzupełniony lub wycofywany wniosek powinien zawierać oznaczenie określające cel jego złożenia.

10. Do uzupełnienia, korekty i wycofania wniosku stosuje się § 8 ust. 1 i 2.

**§ 9.**1. Wniosek zostaje pozytywnie rozpatrzony, jeżeli spełnia następujące warunki:

1) forma papierowa wniosku jest zgodna z formą elektroniczną - w przypadku wniosku złożonego  
w formie papierowej;

2) jest poprawnie sporządzony i kompletny, tj. zawiera wszystkie wymagane, aktualne i prawidłowo uzupełnione dane oraz załączniki do wniosku, o których mowa w § 6 ust. 4.

2. W przypadku negatywnej oceny wniosku – oddział Funduszu przesyła wnioskodawcy informację wskazującą przyczyny odmowy zawarcia umowy.

3. W przypadku pozytywnej oceny wniosku – oddział Funduszu niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od pozytywnej oceny wniosku przesyła wnioskodawcy umowę na wykonywanie szczepień w celu jej podpisania lub informuje wnioskodawcę o możliwości zawarcia umowy w siedzibie oddziału Funduszu.

4. Umowę na wykonywanie szczepień w aptekach oddział Funduszu sporządza na podstawie dokumentów i danych, o których mowa w **§ 6**, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu.

5. Umowa na wykonywanie szczepień podpisywana jest Prezesa Funduszu lub osobę przez niego upoważnioną oraz przez podmiot prowadzący aptekę lub osobę upoważnioną do jego reprezentowania.

**§ 10.**Prezes Funduszu podaje do publicznej wiadomości dane teleadresowe aptek posiadających zawartą z Funduszem umowę na wykonywanie szczepień.

**Rozdział 5.**  
**Szczegółowe warunki realizacji umowy na wykonywanie szczepień**

**§ 11.**1. Przedmiotem umowy na wykonywanie szczepień jest realizacja świadczeń finansowanych przez Fundusz określonych w katalogu produktów rozliczeniowych, o którym mowa w **załączniku nr 3 do zarządzenia,** udzielanych świadczeniobiorcom przez farmaceutów.

2. Szczepienia mogą być wykonywane w aptekach spełniających wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne.

3. Szczepienia mogą być udzielane wyłącznie przez farmaceutę posiadającego uprawnienia do wykonywania badania kwalifikacyjnego i szczepienia ochronnego, spełniającego wymagania określone w szczególności w art. 19 ust. 5a i 5b ustawy o chorobach zakaźnych, a także spełniającego warunki określone w ustawie o zawodzie farmaceuty.

4. Wykonanie szczepienia obejmuje:

1) samodzielne dokonanie kwalifikacji przez farmaceutę, w stosunku do pacjenta podlegającemu zaszczepieniu oraz wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przez farmaceutę zgodnie z przepisami albo

2) wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przez farmaceutę pacjentowi podlegającemu zaszczepieniu, którego kwalifikacji do szczepienia dokonał lekarz, felczer, lekarz dentysta i wystawił on receptę na szczepionkę;

3) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający kwalifikację do szczepienia zalecanego, zgodnie z art. 19 ust. 7 ustawy o chorobach zakaźnych - przypadku, o którym mowa w pkt 1;

4) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający wykonanie szczepienia zalecanego, zgodnie z art. 19 ust. 7 ustawy o chorobach zakaźnych;

5) w przypadku szczepień ochronnych przeciw COVID-19 - przekazanie informacji dotyczących szczepień ochronnych do systemu Centralnej e-rejestracji, zgodnie z art. 21e i 21f ustawy o chorobach zakaźnych.

5. Koszty niezbędne do realizacji umowy na wykonywanie szczepień wykraczające poza zakres określony w katalogu produktów rozliczeniowych ponosi wnioskodawca.

6. Przy wykonywaniu szczepień farmaceuci obowiązani są do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

7. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 4 pkt 3 - 5 wnioskodawca jest obowiązany do podłączenia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555 z późn. zm.[[4]](#footnote-5)4)).

8. Przez podłączenie do systemu, o którym mowa w ust. 7, należy rozumieć uzyskanie przez świadczeniodawcę certyfikatu do uwierzytelnienia systemu w rozumieniu art. 2 pkt 3a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub założenie konta w aplikacji gabinet.gov.pl.

9. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 6, wnioskodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

10. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 9, wnioskodawca składa poprzez Portal NFZ wniosek, najpóźniej w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy na wykonywanie szczepień.

11. W przypadku niedopełnienia przez wnioskodawcę obowiązku określonego w ust. 10, z przyczyn leżących po jego stronie, Fundusz może nałożyć na wnioskodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy na wykonywanie szczepień.

**§ 12.**Wnioskodawca udzielający świadczeń w ramach umowy na wykonywanie szczepień zamieszcza, w widocznym i łatwo dostępnym miejscu, informację o wykonywaniu szczepień.

**§ 13.**1. W przypadku dokumentacji związanej z wykonaniem szczepienia w postaci papierowej wnioskodawca zobowiązany jest do jej przechowywania zgodnie z odrębnymi przepisami przez co najmniej 5 lat od zakończenia roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata refundacji za szczepienie, którego dotyczy dokumentacja.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1 jest przechowywana w archiwum apteki, o którym mowa § 8 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. z 2022 poz. 1737).

**§ 14.**Wnioskodawca ponosi odpowiedzialność za szczepienia wykonanie przez wskazanych w harmonogramie farmaceutów, w tym jest odpowiedzialny za powstałe w związku z wykonaniem szczepienia szkody w tym także za szkody powstałe, u osób trzecich.

**§ 15.**1. Zmiany dotyczące farmaceutów wykonujących szczepienia w aptece, dostępności miejsca udzielania świadczeń oraz personelu w ramach umowy na wykonywanie szczepień wymagają aktualizacji w harmonogramie najpóźniej w dniu wystąpienia zmiany.

2. Zgłoszenie zmian w harmonogramie nie wymaga podpisania aneksu do umowy.

3. W przypadku niedopełnienia przez wnioskodawcę obowiązku określonego w ust. 1, z przyczyn leżących po jego stronie, Fundusz może nałożyć na wnioskodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy na wykonywanie szczepień.

**Rozdział 6.**  
**Zasady sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie umowy na wykonywanie szczepień**

**§ 16.**1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec wnioskodawcy z tytułu realizacji umowy na wykonywanie szczepień, ustala się na podstawie liczby i ceny jednostek udzielonych świadczeń wynikających z zatwierdzonego w wyniku weryfikacji oddziału Funduszu w systemie informatycznym miesięcznego sprawozdania.

2. Weryfikacja, o której mowa w ust. 1 odbywa się na podstawie danych przekazanych przez Centrum e-Zdrowia.

**§ 17.**1. Rozliczanie świadczeń zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w ramach umowy na wykonywanie szczepień jest dokonywane w oparciu o Katalog produktów rozliczeniowych określony w załączniku nr 3 do zarządzenia.

2. W celu rozliczenia świadczeń objętych umową na wykonywanie szczepień wnioskodawca przekazuje do oddziału Funduszu, do 10 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego rachunek z tytułu udzielenia tych świadczeń oraz:

1) jednolity plik sprawozdawczy stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Prezesa Funduszu.

3. Należność z tytułu realizacji umowy na wykonywanie szczepień za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez wnioskodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym produktom rozliczeniowym, określonym w załączniku **nr 3** do zarządzenia.

4. Należność z tytułu realizacji umowy na wykonywanie szczepień, oddział Funduszu wypłaca w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania pozytywnie zweryfikowanych dokumentów, o których mowa w ust. 2. Należność, o której mowa w zdaniu pierwszym, jest wypłacana na rachunek bankowy podmiotu prowadzącego aptekę.

5. Fundusz w trybie monitorowania może prowadzić analizy danych przekazywanych przez wnioskodawcę co może skutkować wezwaniem wnioskodawcy do złożenia korekty.

**§ 18.**W przypadku rozwiązania umowy lub jej wygaśnięcia wnioskodawca jest obowiązany przekazać oddziałowi Funduszu informację o adresie i miejscu przechowywania dokumentacji związanej z realizacją umów na wykonywanie szczepień oraz wskazać osobę odpowiedzialną za jej udostępnienie. Informacja o której mowa w zdaniu pierwszym obejmuje imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer kontaktowy osoby odpowiedzialnej za udostępnienie dokumentacji.

**Rozdział 7.**  
**Postanowienia końcowe**

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

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia xxxxxxxx 2023 r.

**FORMULARZ WNIOSKU  
O ZAWARCIE UMOWY NA WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ ZALECANYCH W APTECE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskodawcy - podmiotu prowadzącego aptekę | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres siedziby | | | Miejscowość | |  | | | | | | | | Kod pocztowy | | | | |  | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | Nr domu | | | | |  | | Nr lokalu | | |  |
| Forma organizacyjno-prawna | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP | | |  | | | | | | | | | | REGON | | | | |  | | | | | |
| adres e-mail | | |  | | | | | | | | | | Nr tel. | | | | |  | | | | | |
| Osoba/y reprezentująca/y wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy | | | Imię i nazwisko | |  | | | | | | | | Nr telefonu | | | | |  | | | | | |
| Dane rejestrowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj rejestru | | |  | | | | | | | Nr wpisu do rejestru | | | | | | | |  | | | | | |
| Organ rejestrujący | | |  | | | | | | | Data wpisu | | | | | | | |  | | | | | |
| Data ostatniej aktualizacji | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II WYKAZ FARMACEUTÓW** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <Unikalny wyróżnik osoby> | | | PESEL | | | | | Nazwisko | | | | | | | | | | Imię/imiona | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Uprawnienia zawodowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa zawodowa | | | | | | | | | | Nr Prawa Wykonywania Zawodu | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Zawody / specjalności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa | | | | | | | | | | Stopień specjalizacji | | | | | | Data uzyskania | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| Kompetencje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa | | | | | | | | |  | | | | | | | data uzyskania | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III SZCZEGÓŁY WNIOSKU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod przedmiotu postępowania | |  | | Nazwa przedmiotu postępowania | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa miejsca udzielania świadczeń | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych | |  | | Adres e-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca | |  | | Kod terytorialny | | |  | | | Dł. geogr. | |  | | Szer. geogr. | | | | |  | | | | |
| **Dostępność** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dostępność miejsca dla zakresu | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Harmonogram dostępności miejsca dla zakresu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pn | wt | | | śr | | czw | | | pt | | | | | | sob | | | | | | nd | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **Personel** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <Unikalny wyróżnik osoby> | Nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię/imiona | | |  | | | | | | | PESEL | | | | | |  | | | | | | |
| Zawód/specjalność |  | | | Stopień specjalizacji | | | | | |  | Nr Prawa Wyk. Zawodu | | | | | |  | | | | | | |
| Stanowisko/funkcja pracownika |  | | | Liczba godzin pracy tygodniowo | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| pn | wt | | | śr | | czw | | | | pt | | | | | sob | | | | | | pt | | |
|  |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**Oświadczenia**

Miejscowość .......................................................... Data .........................................  
Nazwa podmiotu  
REGON podmiotu  
Numer identyfikacyjny apteki

oświadczam, że:

1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie w sprawie ogólnych warunków zawierania i realizacji umów na wykonywanie zalecanych szczepień ochronnych w aptekach i przyjmuję je do stosowania;

2) zapoznałem się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania zalecanych szczepień ochronnych w aptece, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.);

2) zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

3) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia objęte umową;

4) farmaceuci wykonujący szczepienia posiadają wymagane kwalifikacje oraz posiadają dokumenty potwierdzające uprawnienia do wykonywania badania kwalifikacyjnego i szczepienia ochronnego, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. 1284 z późn. zm.) oraz zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 10 tej ustawy w zakresie właściwym do stosowania, a także spełniającego warunki określone w ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty;

5) apteka spełnia warunki udzielania świadczeń wymagane do realizacji świadczeń  
gwarantowanych, określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki  
zdrowotnej w przedmiotowym zakresie, m.in. posiada ważne zezwolenie na prowadzenie działalności oraz spełnia wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r, Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 poz. 2301 z późn. zm.), w szczególności apteka spełnia wymagania określone w § 6 ust. 5 oraz § 8 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. z 2002, Nr 171, poz.1395, z późn. zm.);

6) dane przedstawione we wniosku i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

7) złożyłem wymagane zarządzeniem, o którym mowa w pkt 1, dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o wykonywanie szczepień;

8) zapoznałem się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Fundusz (dostępnymi na stronie https://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/) i zobowiązuję się do przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO),

........................................................................... ...........................................................................  
(miejscowość, data) (oznaczenie, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania  
podmiotu prowadzącego aptekę)

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1

**Wniosek w sprawie rachunku bankowego**

Miejscowość .......................................................... Data .........................................  
Nazwa podmiotu  
REGON podmiotu  
Numer identyfikacyjny apteki  
Dane posiadacza rachunku  
bankowego:  
.................................

...............................

Nr rachunku bankowego do rozliczania umowy na wykonywanie szczepień:

...............................................................................................................

.........................................

Podpis\* podmiotu prowadzącego aptekę/osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia xxxxxxxx 2023 r.

**UMOWA Nr ................./.........  
Na wykonywanie zalecanych szczepień ochronnych w aptekach, finansowanych ze środków publicznych**

zawarta w .............................................., dnia ................................................. roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia** – r**eprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa:** ................................................... (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – ................................................ (wskazanie stanowiska) .................................. (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w** .................................................. (adres),  
na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw[[5]](#footnote-6)1)) nr................ z dnia.............../ i nr .........  
z dnia............./, zwanym dalej **„Funduszem”**

a

**podmiotem prowadzącym aptekę:**

**nazwa podmiotu .................................................................................................................................................................**

**siedziba i adres podmiotu ................................................................................................................................................................**

**NIP ................................................................................................................................................................**

**REGON ................................................................................................................................................................**

**KRS/EDG(CEIDG)**[[6]](#footnote-7)2) **................................................................................................................................................................**

**prowadzącym aptekę o nadanym przez Fundusz numerze identyfikacyjnym .................................**

**mieszczącą się przy ul. .......................................................... w ...........................................................**

**posiadającym umowę na wydawanie** refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę **numer ............................................................ ,**

**reprezentowanym przez .......................................................................................................................................**

– **zwanym dalej "Świadczeniodawcą".**

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w  art. 19 ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz. U. z 2023 r. 1284 z późn. zm., zwanej dalej "ustawą o chorobach zakaźnych" polegających na przeprowadzaniu zalecanych szczepień ochronnych zwanych dalej "szczepieniami" w zakresie, o którym mowa w ust. 2.

2. Wykonanie szczepienia obejmuje:

1) samodzielne dokonanie kwalifikacji przez farmaceutę, w stosunku do pacjenta podlegającemu zaszczepieniu oraz wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przez farmaceutę zgodnie z przepisami albo

2) wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego przez farmaceutę zgodnie z przepisami, w stosunku do pacjenta podlegającemu zaszczepieniu, którego lekarskie badanie kwalifikacyjne i wystawienie recepty zostało wykonane u świadczeniodawcy posiadającego umowę z Funduszem o udzielanie tych świadczeń;

3) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający kwalifikację do szczepienia - w przypadku, o którym mowa w pkt 1;

4) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający wykonanie szczepienia;

5) w przypadku szczepień ochronnych przeciw COVID-19 - przekazanie informacji dotyczących szczepień ochronnych do systemu Centralnej e-rejestracji, zgodnie z art. 21e i 21f ustawy o chorobach zakaźnych.

3. Koszty niezbędne do realizacji umowy na wykonywanie szczepień wykraczające poza zakres określony w katalogu produktów rozliczeniowych ponosi Świadczeniodawca.

4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ogólnych warunków zawierania i realizacji umów na wykonywanie zalecanych szczepień ochronnych w aptece oraz zgodnie z przepisami określonymi w:

1) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków  
publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, oraz w szczególności przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej "Ogólnymi warunkami umów",

2) ustawie o chorobach zakaźnych;

3) ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301), zwanej dalej "ustawą Prawo farmaceutyczne" oraz przepisach w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 tej ustawy;

4) ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1234 z późn. zm.[[7]](#footnote-8)3))

- oraz aktami wykonawczymi do tych ustaw.

5. Koszty wykonania szczepień świadczeniobiorcom są finansowane na zasadach określonych w przepisach o ustawy o świadczeniach w wysokości obliczonej na podstawie informacji określonej w załączniku nr 3 do zarządzenia.

6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ogólnych warunków zawierania i realizacji umów na wykonywanie zalecanych szczepień ochronnych w aptekach wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego aptece.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**1. Szczepienia wykonywane są zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, ustawy o chorobach zakaźnych oraz ustawy Prawo farmaceutyczne.

2. Szczepienia wykonywane są w aptece ogólnodostępnej, która posiada umowę na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, zawartą z Funduszem, która spełnia wszystkie wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne.

3. Szczepienia wykonywane są w pomieszczeniach spełniających wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia objęte umową.

4. Szczepienia wykonywane są przez farmaceutów wymienionych w harmonogramie, w czasie wynikającym z harmonogramu.

5. Po wykonaniu szczepienia należy zapewnić możliwość monitorowania pacjenta, przez czas nie krótszy niż 15 minut bezpośrednio po wykonaniu szczepienia.

6. Szczepienia mogą być wykonywane wyłącznie przez farmaceutę posiadającego uprawnienia do wykonywania badania kwalifikacyjnego i szczepienia ochronnego, spełniającego wymagania określone w szczególności w art. 19 ust. 5a i 5b ustawy o chorobach zakaźnych, a także spełniającego warunki określone w ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania informacji w harmonogramie.

8. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

9. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

10. Wnioskodawca zobowiązany jest do przechowywania dokumentacji związanej z wykonywaniem szczepień sporządzonej w formie papierowej w archiwum apteki, o którym mowa § 8 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. z 2022 r. poz. 1737). Dokumentacja, o której mowa w zdaniu pierwszym powinna być przechowywania zgodnie z odrębnymi przepisami przez co najmniej 5 lat od zakończenia roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata refundacji za szczepienie, którego dotyczy dokumentacja.

**§ 3.**Świadczeniodawca zobowiązany jest do posiadania polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za wyrządzone szkody w związku z udzielaniem świadczeń. Świadczeniodawca zobowiązany jest do posiadania kopii ww. dokumentu lub zawarcia we własnym imieniu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez zatrudnionych u siebie farmaceutów od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy.

**FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ**

**§ 4.**1. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, jest ustalana zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy określony w załączniku nr 1 do umowy.

2. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, wymaga uprzedniego złożenia przez Świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik do umowy.

3. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Fundusz, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

4. Cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych  
umową na wykonywanie szczepień w okresie sprawozdawczym, określa Katalog Produktów Rozliczeniowych, stanowiący **załącznik nr 3** do zarządzenia.

5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania danych w formie określonego przez Fundusz jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowego komunikatu sprawozdawczego XML.

6. Komunikat sprawozdawczy określa zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML.

7. Fundusz w trybie monitorowania może prowadzić analizy sprawozdanych danych po zamknięciu okresu rozliczeniowego, co może skutkować wezwaniem wnioskodawcy do złożenia korekty.

**KARY UMOWNE I KONTROLA**

**§ 5.**1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

2. Kara umowna, o której mowa w ust. 1, nakładana jest w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

**§ 6.**1. Fundusz jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli o której mowa w art. 61a ustawy o świadczeniach.

2. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu IIIA ustawy o świadczeniach.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępu osobom upoważnionym do wykonania czynności kontrolnych, do dokumentacji związanej z przeprowadzonym szczepieniem, w tym dokumentacji medycznej oraz oświadczeń.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**§ 7.**1. Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony z terminem obowiązywania od dnia podpisania umowy przez strony.

2. Każda ze Stron może rozwiązać umowę za miesięcznym okresem wypowiedzenia.

3. Umowa na wykonywanie szczepień wygasa w przypadku rozwiązania albo wygaśnięcia umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę zawartej z Funduszem.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 8.**Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między Stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału Funduszu.

**§ 9.**W przypadku umów podpisywanych w formie elektronicznej datą zawarcia umowy jest dzień złożenia podpisu przez ostatnią ze stron.

**§ 10.**W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy ogólnych warunków umów.

**§ 11.**Załącznik do umowy stanowi jej integralną część.

**§ 12.**Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

1) Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

|  |  |
| --- | --- |
| PODPISY STRON | |
| ............................................................  ............................................................ Świadczeniodawca | ............................................................  ............................................................  Fundusz |

Załącznik Nr 1 do umowy

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kod Oddziału Wojewódzkiego | | |  |  |  |  |  | Miejscowość …………..... Data……………… | | |
| Dane Świadczeniodawcy | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(źródło – Portal Świadczeniodawcy)* | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | --- | | Świadczeniodawca\* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| \* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia xxxx 2023 r.

**Katalog produktów rozliczeniowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod techniczny CZS** | **Kod produktu rozliczeniowego** | **Kod techniczny produktu jednostkowego CZS** | **Nazwa produktu rozliczeniowego** | **Wartość w zł** | **Uwagi** | **Sposób sprawozdawania produktu rozliczeniowego** |
| 1. |  |  |  | Szczepienie przeciwko COVID-19 | 31,67 | - osobom po ukończeniu 18. roku życia  - objęcie finansowaniem od dnia 1 grudnia 2023 r. | jednolity plik sprawozdawczy stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem |
| 2. |  |  |  | Szczepienie przeciwko pneumokokom | 31,67 | - osobom po ukończeniu 65. roku życia, w schemacie jednodawkowym | jednolity plik sprawozdawczy stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem |
| 3. |  |  |  | Szczepienie przeciwko grypie | 31,67 | - osobom po ukończeniu 65. roku życia, w schemacie jednodawkowym realizowanym cyklicznie w każdym sezonie jesienno-zimowym | jednolity plik sprawozdawczy stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2651 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach"

Konieczność wydania niniejszego zarządzenia wynika z wejścia w życie przepisów ustawy o świadczeniach oraz ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej "ustawą o chorobach zakaźnych", które zostały wydane w związku z postanowieniami ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, w kontekście szczepień w aptekach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1938).

Zmiana wprowadzona ww. ustawą obejmowała kwestie finansowania, zawierania i realizacji umów na wykonywanie szczepień w aptekach.

Wprowadzenie niniejszego zarządzenia, wpisuje się w realizację celu strategicznego NFZ nr 6 – Optymalizacja procesów wewnętrznych - zawieranie umów oraz nr 8 – Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ.

1. 1) Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, 909, 1733. [↑](#footnote-ref-2)
2. 2) Dz. U. z  2022  r. poz. 2561, 2674, 2770, z  2023  r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1733. [↑](#footnote-ref-3)
3. 3) z 2023 r. poz. 605, 650, 1859. [↑](#footnote-ref-4)
4. 4) 2280 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 650, 1234, 1692. [↑](#footnote-ref-5)
5. 1) niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)
6. 2) niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-7)
7. 3) z 2023 r. poz. 605, 650, 1859. [↑](#footnote-ref-8)