

**ZARZĄDZENIE NR 48/2024/DGL  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 kwietnia 2024 r.

**w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.  
Przepisy ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa:

- 1) tryb zawierania umów o realizację programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, zwanego dalej "programem pilotażowym", określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662), zwanego dalej "rozporządzeniem";
- 2) warunki realizacji umów, o których mowa w pkt 1;
- 3) wzór umowy o realizację programu pilotażowego, zwanej dalej "umową".

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

- 1) Fundusz - Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) jednostka rozliczeniowa – miara przyjęta do określenia wartości usługi, o której mowa w pkt 8. Miarą jednostki rozliczeniowej jest punkt;
- 3) Oddział Funduszu - oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na lokalizację apteki, której dotyczy umowa;
- 4) okres rozliczeniowy – nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym okres oznaczony w umowie;
- 5) okres sprawozdawczy - miesiąc kalendarzowy, albo okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu miesiąca - w przypadku jeżeli umowa nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca albo przestanie obowiązywać przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego;
- 6) plan rzeczowo-finansowy - wykaz objętych umową zakresów usług oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych usług, stanowiący załącznik do umowy;
- 7) Portal NFZ - udostępniony przez Fundusz system informatyczny określony w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 8) usługa - zakres czynności, określony w § 5 ust. 1 rozporządzenia;
- 9) wnioskodawca - podmiot prowadzący aptekę, ubiegający się o zawarcie umowy.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą o świadczeniach", ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 oraz z 2023 r. poz. 605, 1859 i 1938), ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, 1733, 1938 i 2105), ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873 i z 2023 r. poz. 1234 i 1972) oraz w rozporządzeniu.

## **Rozdział 2.**

### **Przedmiot umowy**

§ 3. 1. Realizacja i finansowanie programu pilotażowego odbywa się na podstawie umowy zawieranej między podmiotem prowadzącym aptekę, o którym mowa w § 7 rozporządzenia, zwanym dalej "realizatorem pilotażu" a Funduszem.

2. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez realizatora pilotażu usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego w zakresie, o którym mowa w § 5 rozporządzenia, osobom, o których mowa w § 6 rozporządzenia.

3. Wzór umowy jest określony w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

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

§ 4. 1. Umowa jest zawierana z realizatorem pilotażu spełniającym warunki określone w § 7 ust. 1 rozporządzenia, odrębnie dla każdej apteki, w której ma być realizowany program pilotażowy.

2. Umowy mogą być zawierane w stosunku do aptek spełniających wymagania określone w § 7 ust. 1 pkt 3 i § 8 rozporządzenia.

3. Fundusz zamieszcza na stronach internetowych oddziałów Funduszu informacje o przyjmowaniu wniosków oraz o warunkach zawarcia umowy.

4. Umowa zawierana jest z realizatorem pilotażu na podstawie prawidłowo wypełnionego i kompletnego wniosku.

## **Rozdział 3.**

### **Tryb zawierania umów**

§ 5. 1. W celu zawarcia umowy wnioskodawca przekazuje do Oddziału Funduszu wniosek o zawarcie umowy.

2. Wnioski są przekazywane przez wnioskodawcę za pośrednictwem Portalu NFZ, w sposób określony w informacji, o której mowa w § 4 ust. 3.

3. Wzór wniosku, określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

4. Wniosek może być złożony w ciągu całego okresu trwania programu pilotażowego.

5. Wniosek oraz załączniki do wniosku, powinny być sporządzone w formie elektronicznej oraz powinny być podpisane przez wnioskodawcę lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.

6. Do wniosku dołącza się oryginały dokumentów albo ich kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania wnioskodawcy:

- 1) oświadczenie, którego wzór jest określony w **załączniku nr 1** do wniosku;
- 2) oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki, o którym mowa w § 7 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia, którego wzór jest określony w **załączniku nr 2** do wniosku;
- 3) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do wniosku,
- 4) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy – w przypadku, gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, powinny być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

8. W przypadku braku możliwości podpisania wniosku lub załączników do wniosku w formie elektronicznej, dopuszcza się złożenie przez wnioskodawcę własnoręcznie podpisanych dokumentów do siedziby Oddziału Funduszu.

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

10. 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.

11. W przypadku wystąpienia braków formalnych wniosku dyrektor Oddziału Funduszu wzywa wnioskodawcę, do ich usunięcia, pod rygorem odrzucenia wniosku, wskazując termin dokonania tej czynności, nie dłuższy niż 14 dni.

§ 6. 1. Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji wniosku w terminie 7 dni od dnia wpływu wniosku.

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

3. Po pozytywnym zweryfikowaniu wniosku, Fundusz ustala z wnioskodawcą kwotę zobowiązania na dany okres rozliczeniowy. Umowę zawiera się niezwłocznie po ustaleniu kwoty zobowiązania.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu przesyła realizatorowi pilotażu umowę w celu jej podpisania albo informuje go o możliwości zawarcia umowy w siedzibie Oddziału Funduszu.

5. Umowę zawiera się na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2026 r.

§ 7. Fundusz podaje do publicznej wiadomości informacje o zawartych umowach.

#### **Rozdział 4.**

#### **Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania umowy**

§ 8. 1. Realizator pilotażu wykonuje usługi farmaceutyczne wobec pacjentów spełniających warunki, o których mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia, których uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały zweryfikowane przez realizatora pilotażu zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia.

2. Nie podlegają finansowaniu przez Fundusz usługi wykonane osobom niespełniającym wymagań, o których mowa w ust. 1.

3. Nie podlegają finansowaniu przez Fundusz usługi, które zostały wykonane na rzecz danej osoby częściej niż co 30 dni.

4. Finansowaniu przez Fundusz podlegają usługi farmaceuty, których wykonanie zostało udokumentowane zgodnie z § 10 rozporządzenia.

5. W celu realizacji obowiązku weryfikacji uprawnień pacjentów, o którym mowa w § 11 ust. 1 rozporządzenia, realizator pilotażu obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach - jeżeli dotychczas nie uzyskał takiego uprawnienia. W tym celu realizator pilotażu niezwłocznie, w terminie do 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy, składa w Oddziale Funduszu wniosek o uzyskanie tego upoważnienia.

6. W przypadku niedopełnienia przez realizatora pilotażu obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po jego stronie, Fundusz może nałożyć na realizatora pilotażu karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 3 pkt 8 **załącznika nr 1** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

§ 9. 1. Usługi objęte przedmiotem umowy wykonywane są osobiście przez farmaceutów zatrudnionych w aptece, której dotyczy umowa, wymienionych w **załączniku nr 2** do umowy (Harmonogram - zasoby).

§ 10. Nie dopuszcza się realizacji umowy przez podwykonawców.

§ 11. 1. Realizator pilotażu udziela usług przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem, o którym mowa w § 9 oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

2. W przypadku braku możliwości udzielania usług, którego nie można było wcześniej przewidzieć, realizator pilotażu niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania usług, powiadamiając jednocześnie Oddział Funduszu, o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

3. Rozliczanie usług wykonanych w ramach programu pilotażowego odbywa się zgodnie z Katalogiem produktów rozliczeniowych, określonym w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

4. Podstawę rozliczeń i płatności za usługi wykonane w okresie sprawozdawczym stanowią rachunek, o którym mowa w art. 5 pkt 32a ustawy o świadczeniach, zwany dalej "rachunkiem" oraz sprawozdanie, o którym mowa w ust. 6, zwane dalej "dokumentami rozliczeniowymi". Realizatorowi pilotażu przysługuje prawo do korygowania dokumentów rozliczeniowych w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

5. Rachunek powinien odpowiadać szablonowi rachunku, określonego w zarządzeniu w sprawie szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego, udostępnionemu aptece w wyniku procesu bilingu, który apteka może zlecić po zakończeniu okresu sprawozdawczego, W opisie rachunku należy zawrzeć informacje o numerze umowy, miesiącu naliczania świadczeń (usług) oraz identyfikatorze szablonu, na podstawie którego wystawiono dokument rachunku albo korekty.

6. Jednostką odpowiedzialną za przekazanie Oddziałowi Funduszu miesięcznego sprawozdania obejmującego informacje wskazane w § 12 ust. 2 rozporządzenia, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Sprawozdanie przygotowywane jest na podstawie § 12 ust. 3 rozporządzenia.

7. Realizator pilotażu przekazuje rachunek w postaci elektronicznej lub papierowej do oddziału Funduszu.

8. Jeżeli rachunek, sporządzony został w postaci elektronicznej, podmiot przekazuje go zgodnie z formatem określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia w sprawie szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego.

**§ 12. 1.** Fundusz jest obowiązany do sfinansowania usług udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania określonej w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, o którym mowa w ust. 1.

3. W przypadku, gdy wartość wykonanych usług, przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec realizatora pilotażu, na wniosek realizatora pilotażu składany po miesiącu, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

**§ 13. 1.** Dokumenty rozliczeniowe realizator pilotażu składa do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Oddział Funduszu wypłaca wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy przelewem na wskazany w umowie rachunek bankowy realizatora pilotażu nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania prawidłowego rachunku.

3. Rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu.

**§ 14. 1.** W przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej.

2. Propozycje kwot zobowiązań przedstawia realizatorowi pilotażu Oddział Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, albo Prezes Funduszu w terminie do dnia 31 października, chyba że strony postanowią inaczej.

3. Przygotowanie propozycji, o których mowa w ust. 2, oraz ustalenie kwot zobowiązania na następne okresy rozliczeniowe uwzględnia wysokość kwot zobowiązania oraz realizację usług w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych, z uwzględnieniem zmian w umowach.

4. Ustalenie kwot zobowiązań stanowi podstawę sporządzenia i podpisania nowego planu rzeczowo-finansowego i zawarcia aneksu do umowy.

5. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania, w terminie określonym w ust. 1, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Fundusz dokonuje płatności za usługi udzielone w okresie styczeń-luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy, w poprzednim okresie rozliczeniowym.

7. W przypadku gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1-6 stosuje się odpowiednio. Termin ustalenia kwoty zobowiązania następuje miesiąc przed zakończeniem okresu rozliczeniowego. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania umowa ulega rozwiązaniu po upływie kolejnych dwóch miesięcy.

§ 15. Pomiaru wskaźników ewaluacji programu pilotażowego oraz oceny jego wyników dokonuje Oddział Funduszu na podstawie danych, o których mowa w § 12 rozporządzenia, i przekazuje do Centrali Funduszu w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia danego etapu ewaluacji programu pilotażowego.

§ 16. Realizator pilotażu jest obowiązany poddać się kontroli przeprowadzanej przez Fundusz. Do kontroli stosuje się przepisy działu IIIA ustawy o świadczeniach. W szczególności realizator pilotażu jest zobowiązany do realizacji obowiązków o których mowa w art. 61j ust. 6 ustawy o świadczeniach.

§ 17. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie realizatora pilotażu, w tym w zakresie działań lub zaniechań osób wykonujących umowę w imieniu realizatora pilotażu stosuje się przepisy § 4 załącznika nr 1 do zarządzenia (wzór umowy).

## **Rozdział 5. Przepis końcowy**

§ 18. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2024 r.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Małgorzata Dziedziak  
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 48/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 kwietnia 2024 r.

**WZÓR  
UMOWA**

Nr...../.....

**o realizację programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego**

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

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym 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<sup>1)</sup>) 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)<sup>2)</sup>** .....

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

mieszczącą się przy ul. .... w .....

reprezentowanym przez<sup>3)</sup>.....

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

.....,

– zwanym dalej "**realizatorem pilotażu**"

**PRZEDMIOT UMOWY**

§ 1.1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez realizatora pilotażu usług o których mowa w § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662), zwanego dalej "rozporządzeniem".

2. Usługi, o których mowa w ust. 1 mogą być wykonywane pacjentom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach", którzy ukończyli 15. rok życia i których wiek został zweryfikowany zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia.

3. Usługi objęte umową, polegają na:

- 1) przeprowadzeniu wywiadu farmaceutycznego, zgodnie z § 5 pkt 1 rozporządzenia,
- 2) wystawieniu recepty, o której mowa w § 5 pkt 2, na produkt leczniczy będący środkiem antykoncepcji awaryjnej

<sup>1)</sup>niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup>niepotrzebne skreślić

<sup>3)</sup>należy wpisać wszystkie osoby reprezentujące podmiot

– przy czym zarówno przeprowadzenie wywiadu, o którym mowa w § 5 pkt 1 rozporządzenia, nieskutkujące następczym wystawieniem recepty, o której mowa w § 5 pkt 2 rozporządzenia, jak i przeprowadzenie tego wywiadu z następczym wystawieniem tej recepty, jest traktowane jako jedna usługa;

3) dokumentowaniu wykonania czynności, o których mowa w § 5 rozporządzenia, w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), zgodnie z § 10 rozporządzenia, w przypadku każdej usługi.

4. Realizator pilotażu zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z:

1) warunkami realizacji umów, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, zwanego dalej "zarządzeniem";

2) rozporządzeniem;

3) przepisami określonymi w szczególności w:

a) ustawie o świadczeniach,

b) ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301, z późn. zm.),

c) ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465),

d) ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873, z późn. zm.)

– oraz aktami wykonawczymi do tych ustaw

## ORGANIZACJA WYKONYWANIA USŁUG

§ 2. 1. Usługi objęte niniejszą umową wykonywane są przez realizatora pilotażu spełniającego warunki i wymagania określone w rozporządzeniu, w szczególności realizator pilotażu zobowiązany jest do wykonywania usługi w sposób zgodny z § 8 pkt 1 i 2 rozporządzenia, tj:

1) w miejscu i w sposób zapewniający poszanowanie praw pacjenta oraz bezpieczeństwo przekazywanych przez niego informacji, w pomieszczeniu pokoju opieki farmaceutycznej, jeżeli dana apteka go posiada, albo w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym, jeżeli w danej aptece pełni ono funkcję pokoju opieki farmaceutycznej;

2) zapewnienia w pomieszczeniu, o którym mowa w pkt 1, miejsca siedzącego dla pacjenta.

2. Dane o potencjale wykonawczym realizatora pilotażu przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – "Harmonogram zasoby".

3. Nie dopuszcza się realizacji umowy przez podwykonawców.

4. Realizator pilotażu obowiązany jest do aktualizowania informacji o farmaceutach, którzy będą uczestniczyć w realizacji umowy w Portalu NFZ.

5. Zmiany dostępności farmaceutów wymagają zgłoszenia Funduszowi najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie, albo w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

6. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 4, należy dokonywać za pomocą udostępnianych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu NFZ, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Realizator pilotażu obowiązany jest do przechowywania dokumentacji związanej z prowadzonym programem pilotażowym zgodnie z § 8 pkt 3 rozporządzenia, tj. 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), zgodnie z przepisami dotyczącymi przechowywania recept w aptece.

## FINANSOWANIE WYKONANYCH USŁUG

§ 3. 1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec realizatora pilotażu z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r. wynosi maksymalnie ..... zł (słownie: ..... zł).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie usług objętych programem pilotażowym w okresie rozliczeniowym, określa "Plan rzeczowo-finansowy", stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

3. Należność z tytułu realizacji usług za okres sprawozdawczy, określona w rachunku, wynika z zatwierzonego, w wyniku weryfikacji oddziału Funduszu sprawozdania ze zrealizowanych usług. Sprawozdanie przygotowuje się na podstawie § 12 ust. 2 i 3 rozporządzenia. Weryfikacja, odbywa się na podstawie danych przekazanych do Funduszu przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

4. Należność, o której mowa w ust. 3 stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających udzielonym usługom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, określonej w "Katalogu produktów rozliczeniowych", stanowiącym **załącznik nr 2** do zarządzenia.

5. Należność, o której mowa w ust. 3, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym.

6. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być większa niż wynikająca z ust. 5, w przypadku, gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie jest wyższa od sumy iloczynów liczb i cen jednostek rozliczeniowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów rozliczeniowych.

7. W przypadku, gdy wartość wykonanych usług przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec realizatora pilotażu, na wniosek realizatora pilotażu składany po miesiącu, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. Zasady rozliczeń i płatności za usługi wykonane w okresie rozliczeniowym określa zarządzenie.

9. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację usług Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: .....

nr: .....

10. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, dokonywana jest w oparciu o zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie procedury ustalania oraz zmiany rachunku bankowego świadczeniodawców, podmiotów prowadzących apteki lub punkty apteczne oraz pozostałych kontrahentów. Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

11. Rachunki z tytułu realizacji umowy realizator pilotażu może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal NFZ zgodnie z formatem ustalonym przez Fundusz, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ REALIZATORA PILOTAŻU

§ 4. Realizator pilotażu jest obowiązany poddać się kontroli przeprowadzanej przez Fundusz w zakresie wynikającym z umowy. Do kontroli stosuje się przepisy działu IIIA ustawy o świadczeniach. W szczególności realizator pilotażu jest zobowiązany do realizacji obowiązków o których mowa w art. 61j ust. 6 ustawy o świadczeniach.

§ 5. 1. W przypadku, gdy zostanie stwierdzone niewykonanie lub nienależyte wykonywanie umowy, z przyczyn leżących po stronie realizatora pilotażu, w tym w zakresie działań lub zaniechań osób wykonujących umowę w imieniu realizatora pilotażu, realizator pilotażu ma obowiązek zapłaty kary umownej, o której mowa w ust 3.



2. W przypadku wykonania usługi osobie nieuprawnionej lub wykonania usługi na rzecz danej osoby częściej niż co 30 dni, realizator pilotażu jest zobowiązany do zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, liczonymi od dnia wypłaty wynagrodzenia przez Fundusz, z zastrzeżeniem, że stwierdzenie wykonania usługi osobom nieuprawnionym lub częściej niż co 30 dni, może wynikać z przekazanej Funduszowi dokumentacji, na podstawie której możliwe jest ustalenie uprawnień pacjentów, lub z faktu nieprzekazania tej dokumentacji Funduszowi. Do zwrotu stosuje się ust. 6.

3. Funduszowi przysługuje prawo żądania kary umownej w wysokości do 2% rocznej kwoty wynagrodzenia za:

- 1) utrudnianie czynności kontrolnych;
- 2) niewykonania przez realizatora pilotażu w terminie zaleceń pokontrolnych, z wyjątkiem opóźnienia będącego następstwem wystąpienia siły wyższej;
- 3) nieuzasadnioną odmowę udzielenia usług pacjentowi uprawnionemu do usługi realizowanej przez realizatora pilotażu w ramach umowy;
- 4) udzielania usług przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) przedstawienia przez realizatora pilotażu danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Oddział Funduszu dokonał płatności nienależnych środków finansowych;
- 6) gromadzenia informacji lub przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa;
- 7) udzielania usług w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowie.
- 8) niedopełnienie obowiązku w zakresie do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców.

4. Uiszczenie kary umownej nie zwalnia realizatora pilotażu z realizacji obowiązków wynikających z umowy.

5. Kary umowne przewidziane umową są niezależne od siebie i będą naliczane za każdy przypadek naruszenia umowy.

6. Realizator pilotażu zapłaci kary umowne w terminie 14 dni od dnia doręczenia noty obciążeniowej zawierającej wezwanie do zapłaty na rachunek bankowy w nim wskazany. W przypadku braku powyższej wpłaty w terminie określonym w zdaniu 1, Fundusz dokona potrącenia kary umownej z przysługującego realizatorowi pilotażu wynagrodzenia wynikającego z tytułu realizacji umowy.

7. Łączna maksymalna kwota z tytułu kar umownych, którą może zostać obciążony realizator pilotażu, nie może przekroczyć w danym okresie rozliczeniowym 20 % łącznego rocznego wynagrodzenia z tytułu realizacji umowy.

## **OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

§ 6. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ..... r. do dnia ..... r.

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

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

4. Fundusz może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) wykonywania usługi w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 2) wielokrotnej nieuzasadnionej odmowy udzielenia usług pacjentowi uprawnionemu do usługi realizowanej przez realizatora pilotażu w ramach umowy;
- 3) wielokrotnego przedstawiania przez realizatora pilotażu nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 4, rozwiązanie umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego wezwania realizatora pilotażu do usunięcia naruszeń w terminie nie krótszym niż 14 dni.

6. W przypadku nieusunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 5, w wyznaczonym terminie, Funduszowi przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 4.

7. Każda ze stron może w uzasadnionych przypadkach wnioskować pisemnie o zmianę warunków umowy.

8. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 7, strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i pisemnie uzasadni swoje stanowisko.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7. Sędem właściwym dla rozpoznawania sprawy między stronami umowy jest sąd powszechny właściwy dla Oddziału Funduszu.

§ 8. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy rozporządzenia oraz przepisy, o których mowa w § 1 ust. 4.

§ 9. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

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

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo - finansowy;
- 2) **załącznik nr 2 do umowy** - Harmonogram - zasoby;
- 3) **załącznik nr 3 do umowy** – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

#### PODPISY STRON<sup>4)</sup>

.....  
***Realizator pilotażu***

.....  
***Fundusz***

---

<sup>4)</sup> podpis własnoręczny albo podpis elektroniczny (kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty)

## Załącznik Nr 1 do umowy

## Plan rzeczowo - finansowy

| <b>PLAN RZECZOWO - FINANSOWY</b> zał. nr... do umowy nr .....   |                 |                             |                        |  |                         |                                  | <b>Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego :.....</b> |              |
|---|-----------------|-----------------------------|------------------------|--|-------------------------|----------------------------------|---|--------------|
| <b>rodzaj świadczeń/usług:</b>  |                 |                             |                        |  |                         |                                  | <b>wersja .....</b>                                 |              |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych/ podmiotu prowadzącego aptekę |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| <b>Okres rozliczeniowy od..... do.....</b>  |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| Pozycja   | Podstawa *      | Kod zakresu świadczeń/usług | Zakres świadczeń/usług | Kod miejsca udzielania świadczeń/usług | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł)                            | Wartość (zł) |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)  |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| Okres rozliczeniowy od..... do.....**   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| Pozycja   | Podstawa *      | Kod zakresu świadczeń/usług | Zakres świadczeń/usług | Kod miejsca udzielania świadczeń/usług | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł)                            | Wartość (zł) |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
|   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)  |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje   |                 |                             |                        |  |                         |                                  |   |              |
| Razem pozycje   | Okres sprawozd. | Wartość (zł)                | Okres sprawozd.        | Wartość (zł)                           | Okres sprawozd.         | Wartość (zł)                     | Okres sprawozd.                                     | Wartość (zł) |
|   | Styczeń         |                             | Luty                   |  | Marzec                  |                                  | Kwiecień  |              |
|   | Maj             |                             | Czerwiec               |  | Lipiec                  |                                  | Sierpień  |              |
|   | Wrzesień        |                             | Październik            |  | Listopad                |                                  | Grudzień  |              |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje |                      |               |          |          |  |
|--|----------------------|---------------|----------|----------|--|
| Pozycja  | Kod zakresu          | Nazwa zakresu |          |          |  |
| Kod miejsca  | Nazwa miejsca        |               |          |          |  |
| Adres miejsca  |                      |               |          | TERYT    |  |
|  |                      | Styczeń       | Luty     | Marzec   |  |
|  | <i>liczba * cena</i> |               |          |          |  |
|  | <i>wartość</i>       |               |          |          |  |
|  |                      | Kwiecień      | Maj      | Czerwiec |  |
|  | <i>liczba * cena</i> |               |          |          |  |
|  | <i>wartość</i>       |               |          |          |  |
|  |                      | Lipiec        | Sierpień | Wrzesień |  |
|  | <i>liczba * cena</i> |               |          |          |  |
|  | <i>wartość</i>       |               |          |          |  |
|  |                      | Październik   | Listopad | Grudzień |  |
|  | <i>liczba * cena</i> |               |          |          |  |
|  | <i>wartość</i>       |               |          |          |  |

data sporządzenia

Fundusz\*\*\*

Podmiot prowadzący aptekę\*\*\*\*

\* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

\*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\*\*\* podpis elektroniczny (kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty) albo podpis własnoręczny oraz pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu prowadzącego aptekę - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 2 do umowy

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

**rodzaj świadczeń/usług:**

.....

| Pozycja  |                | Kod zakresu       |         | Nazwa zakresu |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
|--|----------------|-------------------|---------|---------------|-----------------------|--------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| <b>I. Miejsce udzielania świadczeń</b>             |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
| Kod miejsca (a)                                    | Id podwyk. (b) | Nazwa miejsca (c) |         |               | Adres miejsca (d)     |        | VII cz.KR*(e)     | VIII cz.KR*(f)    | Profil IX-X cz.KR*(g) |                   |                   |
|  |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
| <b>II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń</b> |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
| pn (a)   | wt (b)         | śr (c)            | czw (d) | pt (e)        | sob (f)               | nd (g) | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | Status**              |                   |                   |
|  |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
|  |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
| <b>III. Personel</b>                               |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
| ID osoby (a)                                       | Nazwisko (b)   | Imiona (c)        |         | PESEL (d)     | Zawód/specjalność (e) |        | St.specjal. (f)   | NPWZ (g)          | Tyg. lb. godzin (h)   | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) |
|  |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |
|  |                |                   |         |               |                       |        |                   |                   |                       |                   |                   |

Fundusz\*\*\*

Podmiot prowadzący aptekę\*\*\*\*

\* KR (Kody resortowe) - kody techniczne nadane przez system informatyczny NFZ, zastępujące kody resortowe, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.)

\*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\*\*\* podpis elektroniczny (kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty) albo podpis własnoręczny oraz pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu prowadzącego aptekę - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
 Dane podmiotu prowadzącego aptekę  
 Nazwa podmiotu .....  
 REGON podmiotu .....  
 Numer identyfikacyjny apteki  
 .....

### Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

|  |  |
|--|--|
| Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie: |  |
| numer  |  |
| w rodzaju  |  |
| w zakresie   |  |
| na okres   |  |
| Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy  |  |
| Dane posiadacza rachunku bankowego:  |  |

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

.....  
 Podmiot prowadzący aptekę\*

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

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 48/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 kwietnia 2024 r.

### KATALOG PRODUKTÓW ROZLICZENIOWYCH

| Lp. | Kod zakresu świadczeń/usług | Nazwa zakresu świadczeń/usług                        | Kod produktu    | Nazwa produktu  | Jednostka rozliczeniowa | Wartość punktowa (1 pkt = 1 zł) | Uwagi odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania usług   |
|-----|-----------------------------|--|-----------------|---|-------------------------|---------------------------------|---|
|     | 1                           | 2  | 3               | 4   | 5                       | 6                               | 7   |
| 1.  | 18.2400.000.02              | Usługa farmaceuty w zakresie zdrowia reprodukcyjnego | 5.16.24.0000001 | Wywiad farmaceutyczny z wystawieniem recepty farmaceutycznej  | punkt                   | 50,00                           | 1) Rozliczanie usług odbywa się zgodnie z § 12 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, 2) jedna usługa przysługuje jednemu świadczeniobiorcy raz na 30 dni. |
| 2.  | 18.2400.000.02              | Usługa farmaceuty w zakresie zdrowia reprodukcyjnego | 5.16.24.0000002 | Wywiad farmaceutyczny bez wystawienia recepty farmaceutycznej | punkt                   | 50,00                           | 1) Rozliczanie usług odbywa się zgodnie z § 12 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, 2) jedna usługa przysługuje jednemu                                  |

|  |  |  |  |  |  |  |                                     |
|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  | świadczeniobiorcy raz na<br>30 dni. |
|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|



Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 48/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 kwietnia 2024 r.

### WZÓR

## Wniosek o zawarcie umowy w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego

| 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   |                                |          |                      |                |           |
| II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK  |                                |          |                      |                |           |
| PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA  |                                |          |                      |                |           |
| Jednostka rozliczeniowa  |                                |          |                      |                |           |
| Oferowana cena jednostki   |                                |          |                      |                |           |
|  | styczeń                        | luty     | marzec               | I kwartał      |           |
| <i>liczba, cena</i>  |                                |          |                      | <i>liczba</i>  |           |
| <i>wartość</i>   |                                |          |                      | <i>wartość</i> |           |
|  | kwiecień                       | maj      | czerwiec             | II kwartał     |           |
| <i>liczba, cena</i>  |                                |          |                      | <i>liczba</i>  |           |
| <i>wartość</i>   |                                |          |                      | <i>wartość</i> |           |
|  | lipiec                         | sierpień | wrzesień             | III kwartał    |           |
| <i>liczba, cena</i>  |                                |          |                      | <i>liczba</i>  |           |
| <i>wartość</i>   |                                |          |                      | <i>wartość</i> |           |
|  | październik                    | listopad | grudzień             | IV kwartał     |           |
| <i>liczba * cena</i>   |                                |          |                      | <i>liczba</i>  |           |
| <i>wartość</i>   |                                |          |                      | <i>wartość</i> |           |
| Razem  | liczba                         |          |                      |                |           |
|  | wartość                        |          |                      |                |           |
| MIEJSCE UDZIELANIA USŁUG   |                                |          |                      |                |           |
| <Kod techniczny miejsca, określony w Portalu NFZ>  | Nazwa miejsca udzielania usług |          |                      |                |           |

|                           |                                  |            |   |   |  |                   |  |
|---------------------------|----------------------------------|------------|---|---|--|-------------------|--|
|                           | Adres miejsca                    |            |   |   |  |                   |  |
|                           | Kod komórki org. (część VII KR)* |            |   | Specjalność komórki org. (Część VIII KR)* |  |                   |  |
|                           | Kod zakresu świadczeń/usług      |            |   | Nazwa zakresu świadczeń/usług             |  |                   |  |
| Adres e-mail apteki       |                                  |            | Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych |   |  |                   |  |
| Kod terytorialny          |                                  | Dł. geogr. |   | Szer. geogr.                              |  | Nr tel. do apteki |  |
| Adres miejsca             |                                  |            |   |   |  |                   |  |
| <b>PERSONEL</b>           |                                  |            |   |   |  |                   |  |
| <Unikalny wyróżnik osoby> | Nazwisko                         |            |   |   |  |                   |  |
|                           | Imiona                           |            |   | Nr Prawa Wyk. Zawodu                      |  | PESEL             |  |

\* KR (Kody resortowe) - kody techniczne nadane przez system informatyczny NFZ, zastępujące kody resortowe, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.)

.....  
 ....  
 Data sporządzenia

.....  
 .....  
 Podmiot prowadzący aptekę

**Załączniki do wniosku:**

- 1) Załącznik Nr 1 do wniosku - Oświadczenia
- 2) Załącznik Nr 2 do wniosku - Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego
- 3) Załącznik Nr 3 do wniosku - Wniosek w sprawie numeru konta bankowego

### Oświadczenia

Miejscowość ..... Data .....

Nazwa  
REGON  
Numer identyfikacyjny apteki

podmiotu  
podmiotu

#### **Oświadczam, że:**

1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego przyjmując je do stosowania;

2) zapoznałem się z przepisami prawa dotyczącymi przeprowadzenia usług w ramach umowy, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662), zwanego dalej "rozporządzeniem".

3) farmaceuci, którzy będą uczestniczyć w realizacji umowy są zatrudnieni w aptece, w której ma być realizowany pilotaż oraz spełniają warunki, o których mowa w § 7 rozporządzenia.

4) apteka, w której będzie realizowana umowa posiada umowę, o której mowa w art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm), zawartą z Funduszem oraz spełnia warunki określone w § 6 rozporządzenia;

5) usługi w ramach umowy będą realizowane w pokoju opieki farmaceutycznej, albo w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym - w przypadku jeżeli pełni ono funkcję pokoju opieki farmaceutycznej, z zapewnieniem miejsca siedzącego dla pacjenta, a dokumentacja związana z realizacją umowy przechowywana będzie zgodnie z przepisami dotyczącymi przechowywania recept w aptece;

6) dane przedstawione we wniosku i 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 realizację programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego;

8) zapoznałem się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Fundusz (dostępny 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).

.....  
(podpis podmiotu prowadzącego aptekę)

Załącznik Nr 2 do wniosku

**Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki**

Miejscowość ..... Data .....

Nazwa  
REGON  
Numer identyfikacyjny apteki

podmiotu  
podmiotu

Oświadczam, że **nie toczy się** postępowanie administracyjne w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki, w której realizowane będą usługi w ramach umowy\*.

.....  
(podpis podmiotu prowadzącego aptekę)

\*zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662)

Załącznik Nr 3 do wniosku

**Wniosek w sprawie numeru konta bankowego**

Miejscowość .....,

data .....

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Numer identyfikacyjny apteki

Dane posiadacza rachunku bankowego:

.....

.....

Nr rachunku bankowego do rozliczania umowy o realizację programu pilotażowego opieki farmaceuty  
sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego

.....

.....

Podpis\* podpis osoby/osób uprawnionej/yh do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

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

## UZASADNIENIE

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego ma na celu wdrożenie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662).

Celem programu pilotażowego jest rozwiązanie problemu niedostatecznego poziomu dostępności do antykoncepcji awaryjnej, a także zapewnienie opieki farmaceuty w aptece nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego wraz z oceną efektywności związanych z tym działań, w szczególności wobec pacjentów pomiędzy 15. a 18. rokiem życia.

Program pilotażowy realizowany będzie od dnia wejścia w życie ww. rozporządzenia do 30 czerwca 2026 r. na obszarze całego kraju. Jak wynika z Oceny Skutków Regulacji (OSR) do rozporządzenia - programem pilotażowym szacunkowo ma zostać objętych 8,5 mln. kobiet w wieku rozrodczym, które ukończyły 15 rok życia, po zweryfikowaniu ich uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W zarządzeniu wprowadzono szablony dokumentów służących do obsługi umów o realizację pilotażu - zbliżone treścią do dokumentów, którymi Fundusz posługuje się do obsługi umów o realizację innych programów pilotażowych. Powyższe wynika ze specyfiki systemu informatycznego, którego zmiana wymagałaby dłuższego czasu na implementację, a także prowadziłaby do nieuzasadnionego wzrostu kosztów wdrożenia pilotażu.

Łączna kwota przeznaczona na realizację pilotażu, oszacowana w OSR pilotażowego, wynosi ok. 20 mln zł rocznie, z możliwością wzrostu, w przypadku zwiększenia zainteresowania korzystaniem przez pacjentów z usług farmaceutycznych przewidzianych programem pilotażowym.