

**INFORMACJA DLA WNIOSKODAWCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ
O ZAWARCIE UMÓW W RODZAJU ZAOPATRZENIE W WYROBY
MEDYCZNE NA ROK 2023 I LATA NASTĘPNE**

NA PODSTAWIE ZARZĄDZENIA NR 26/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 4 marca 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne (ze zm.)

Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ na podstawie art. 159 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zaprasza do składania wniosków o zawarcie umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na okres do 31 grudnia 2024 r., w następujących zakresach:

- Zaopatrzenie w środki pomocnicze z wyłączeniem środków pomocniczych z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej
nr postępowania: **15-23-000059/ZPO/12/2/06**
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne
nr postępowania: **15-23-000060/ZPO/12/2/06**
- Zaopatrzenie w zakresie optyki okularowej
nr postępowania: **15-23-000061/ZPO/12/2/06**
- Zaopatrzenie w zakresie protetyki słuchu
nr postępowania: **15-21-000062/ZPO/12/2/06**

na obszarze województwa wielkopolskiego.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu Nr 26/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne (ze zm.) – zwanym dalej zarządzeniem.

Wniosek o zawarcie umowy należy sporządzić w **programie NFZ-KO** w oparciu o zapytanie wnioskowe dla rodzaju świadczeń ZPO, w formie elektronicznej i papierowej. Forma papierowa stanowi wydruk z aplikacji ofertowej. **Wydrukować należy wszystkie części formularza**, zgodne z wersją elektroniczną, a następnie każdą ze stron opatrzyć czytelnym podpisem lub parafą z pieczętą imienną świadczeniodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania.

Wnioskodawca może złożyć w Wielkopolskim OW NFZ tylko **jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń ZPO**.

Wymagane oryginały dokumentów albo ich kopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę:

1. **Oświadczenie wnioskodawcy**, zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia.
2. **Oświadczenie wnioskodawcy o asortymencie produktów handlowych**, zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 2a do zarządzenia.
2. **Oświadczenie wnioskodawcy o wpisach do rejestrów**, zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia.
3. **W przypadku wnioskodawców prowadzących działalność w formie spółki cywilnej** – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki, wykraczających poza zakres zwykłych czynności.
4. **Polisa** lub inny dokument potwierdzający zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. **Umowy z podwykonawcami** zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. **Pełnomocnictwo** do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy, w szczególności do złożenia wniosku, udzielony przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania wnioskodawcy wynika z dokumentów przedstawionych wraz z wnioskiem – w przypadku gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

Ponadto, do wniosku proszę dołączyć:

- dokumenty potwierdzające **kwalifikacje osób** wymienionych w wykazie personelu określonym w formularzu wniosku (nie dotyczy magistrów i techników farmacji zatrudnionych w aptekach realizujących umowę jako podwykonawca),
- w przypadku kwalifikacji nabytych w ramach wymaganych kursów wymienionych w załączniku nr 7 do zarządzenia – **dokumenty potwierdzające odbyte kursy**, zawierających informację o liczbie godzin kształcenia,
- dokumenty potwierdzające **staż pracy** - określone w załączniku nr 7 do zarządzenia; staż pracy (a nie doświadczenie) personelu zgłoszonego do realizacji świadczeń koniecznie należy uzupełnić w wersji elektronicznej (SZOI),
- dokumenty potwierdzające **prawo do korzystania z lokalu** jako miejsca udzielania świadczeń,

- podpisaną papierową wersję wniosku w sprawie **rachunku bankowego** wygenerowanego w portalu NFZ (SZOI).

Przygotowując formularz wniosku wnioskodawca obowiązany jest do:

- uzyskania dostępu do korzystania z Portalu NFZ (SZOI)
 - Informacje, jak uzyskać dostęp do SZOI: <http://nfz-poznan.pl/faq/index.php/faq-szoi/300-jak-uzyska-dostp-do-portalu-wiadczeniodawcy-szoi>
- zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z użyciem tego Portalu,
- pobrania aplikacji ofertowej oraz zapytania wnioskowego ze stron internetowych Oddziału Funduszu,
- wczytania zapytania wnioskowego do udostępnionej przez Oddział Funduszu aplikacji NFZ-KO (<http://www.nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/6289/>),
- przygotowania formularza wniosku wyłącznie na podstawie udostępnionej przez Oddział Funduszu aplikacji ofertowej,
- zapisania wersji elektronicznej formularza wniosku na płycie CD lub DVD w sposób zapewniający trwałość zapisu informacji (**plik zapisany z rozszerzeniem .ofe**) oraz opisanie jej następującymi informacjami:
 - a) nazwą i adresem wnioskodawcy,
 - b) numerem przedmiotu postępowania,
- wydrukowania wersji papierowej formularza wniosku i opatrzenia każdej ze stron **czytelным podpisem lub parafą z pieczętą imienną wnioskodawcy** lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania.

Wnioskodawca w formularzu wniosku obowiązany jest do:

- zgłoszenia **wyłącznie produktów będących wyrobami medycznymi** w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych, wymienionych w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, których zastosowanie jest zgodne z kryteriami przyznawania określonymi w tym załączniku, a **nazwa handlowa wyrobu medycznego pozostaje w zgodności z nazwą handlową wyrobu zawartą w zgłoszeniu lub powiadomieniu**, o których mowa w art. 138 ustawy o wyrobach medycznych,
- wprowadzenia w rubryce model informacji identyfikującej wyrób medyczny **w sposób jednoznaczny**,
- zgłoszenia co najmniej jednego wyrobu medycznego **w cenie nie wyższej niż limit** finansowania ze środków publicznych określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, z każdego wyrobu medycznego oznaczonego grupą i liczbą porządkową określoną w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych,

zgłoszonego w zestawie produktów, z wyłączeniem wyrobów medycznych wykonywanych na zamówienie,

- zgłoszenia wyrobu medycznego **w cenie jednostkowej** (nie cena pakietu lub paczki),
- w związku ze zmianami wprowadzonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2022 r. poz. 2319) i opublikowaniem nowego słownika wyrobów medycznych – zestaw produktów powinien zawierać aktualne kody wyrobów medycznych (**w załączeniu plik o nazwie: Wykaz kodów ZPO – słownik na 2023 r.**).

Jeżeli wnioskodawca składa wnioski dotyczące **więcej niż jednego zakresu świadczeń**, może dołączyć wymagane dokumenty wyłącznie do jednego, dołączając jednocześnie stosowaną informację do pozostałych wniosków, gdzie znajduje się pełna dokumentacja (numer postępowania).

Wnioski mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego. Oddział Funduszu rozpatruje wniosek **w terminie 30 dni od dnia jego złożenia**.

Umowa oraz aneks do umowy obowiązują **od pierwszego dnia najbliższego okresu sprawozdawczego** (miesiąca kalendarzowego) rozpoczynającego się po dniu podpisania umowy lub aneksu.

Wnioskodawca składa wniosek **w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu oznaczonym zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia**. Jeżeli wnioskodawca składa wniosek osobiście otrzymuje potwierdzenie złożenia wniosku, którego wzór określony jest w załączniku nr 5 do ww. zarządzenia.

Wnioski należy złożyć:

a) **osobiście:**

w budynku WOW NFZ w Poznaniu, ul. Grunwaldzka 158 (punkt podawczy)

lub

b) **wysłać na adres:**

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Grunwaldzka 158
60-309 Poznań