

Świadczeniodawca

.....

.....

Miejscowość, data.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział Wojewódzki w .....

### WNIOSEK O ZMIANĘ WARUNKÓW UMOWY

Działając na podstawie art. 157, art. 158 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz paragraf 43 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wnoszę o zmianę warunków umowy Nr ..... o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zawartej w dniu ..... pomiędzy ŚOW NFZ, a ..... z przyczyn, których nie można było przewidzieć w momencie zawierania umowy.

Wnioskowana przeze mnie zmiana polegać ma na wzroście wartości punktu rozliczeniowego, wynoszącej obecnie w zakresach:

1. Świadczenie ogólnostomatologiczne obecnie ..... zł do kwoty 1,50 zł
2. Świadczenie ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży obecnie .... do kwoty 2,00 zł
3. Świadczenia specjalistyczne obecnie .....zł do kwoty 2,50 zł

### UZASADNIENIE

- 1. Konieczność ustalenia nowych warunków finansowych wynika z niedającego się przewidzieć w momencie zawierania umowy wzrostu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności wynikających z:**
  - a) ogólnego wzrostu cen utrzymania gabinetów (czynsze, media),
  - b) cen wyrobów medycznych, leków i materiałów
  - c) wzrostu kosztu obsługi obowiązków administracyjnych (informatyzacja związana z przyłączeniem się do platformy P1, obsługa informatyczna harmonogramów przyjęć i elektronicznej bazy danych o odpadach)
  - d) kosztów prac laboratoryjnych

- e) skutków konieczności podniesienia płac (podniesienie płacy minimalnej, skutki ustawy o kształtowaniu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, wynagrodzenie własne).
- f) Konieczności doposażenia gabinetów w sprzęt spełniający nowe wymagania wynikające z zarządzeń prezesa NFZ oraz przepisów sanitarno-epidemiologicznych i ochrony środowiska .

2. **Na wysokość zaproponowanej powyżej ceny wpływ ma również:**

- a) rażąco niska punktowa wycena procedur w katalogu świadczeń gwarantowanych, będącym załącznikiem do Zarządzenia Prezesa NFZ. Zgodnie z posiadanymi przeze mnie informacjami starania samorządu lekarskiego o dostosowanie tabeli punktowej do aktualnych standardów udzielania tych świadczeń nie doczekały się pozytywnego finału.
- b) wieloletnie utrzymywanie tak zwanej ceny oczekiwanej przez NFZ na bardzo niskim poziomie, nie przystającym do rzeczywistych kosztów świadczeń stomatologicznych. Jej ustalenie nie zostało poparte żadnymi wyliczeniami i cena ta już wówczas nie odzwierciedlała rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń.

Powołując się na dokument z 13 maja 2019r. „Projekt zmiany planu finansowego na rok 2019” przekazany pismem Prezesa NFZ z 13 maja 2019r. [znak DEF.311.38.2019.2019.26269.ESZ] Komisji Finansów Publicznych Sejmu RP i zawartą tam deklarację (str.7 i 8) odnoszącą się do „projektowanej, poczynając od dnia 1 lipca 2019 r. zmiany wyceny świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń, związanej ze zwiększającymi się kosztami ich udzielania, w szczególności umożliwiającej zwiększenie kosztów wynagrodzeń personelu, ” stwierdzam, że pomimo zrealizowania tej zapowiedzi w stosunku do umów z innych rodzajów świadczeń, **wobec mojego podmiotu ta zapowiedź zrealizowana nie została.**

Jednocześnie oczekuję, że zgodnie z § 43 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia podejmie nie później niż w terminie 30 dni od dnia złożenia niniejszego wniosku negocjacje dotyczące ustalenia nowych warunków umowy.

Niniejszym oświadczam, że udzielam pełnomocnictwa Grzegorzowi Ogonowskiemu vice-Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Kielcach do prowadzenia w moim imieniu negocjacji w sprawach związanych z wnioskiem o zmianę warunków umowy. Pełnomocnictwo obejmuje również umocowanie do:

- cofnięcia wniosku,
- zawarcia porozumienia w przedmiocie wniosku

Pełnomocnictwo obejmuje prawo do udzielenia dalszego pełnomocnictwa

.....

Podpis świadczeniodawcy

Kopia: Okręgowa Rada Lekarska w Kielcach