

Świadczeniodawca

.....

.....

tel.

e-mail

Miejscowość, data.....

Podlaski Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Pałacowa 3
15-042 Białystok

WNIOSEK O ZMIANĘ WARUNKÓW UMOWY

Działając na podstawie art. 158 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o zmianę warunków umowy nr..... o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zawartej pomiędzy NFZ a z przyczyn, których nie można było przewidzieć w momencie zawierania umowy.

Wnioskowana przeze mnie zmiana polega na zmianie wzrostu wartości punktu rozliczeniowego, wynoszącej obecniezł do kwoty.....zł.

UZASADNIENIE

1. **Konieczność ustalenia nowych warunków finansowych wynika z niedającego się przewidzieć w momencie zawierania umowy wzrostu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności wynikających ze wzrostu:**
 - a) kosztów utrzymania gabinetów (czynsze, media),
 - b) cen wyrobów medycznych, które w kosztach udzielania świadczeń stomatologicznych mają pokaźny udział,
 - c) kosztu obsługi obowiązków administracyjnych (informatyzacja związana z przyłączeniem się do platformy P1, obsługa informatyczna kolejek i harmonogramów przyjęć i elektronicznej Bazy Danych o Odpadach, koszty obsługi wprowadzonych w 2018r.nowych obowiązków w zakresie ochrony danych osobowych),
 - d) kosztów zwiększających się wymogów sanitarnych i działań związanych z zapobieganiem zakażeniom,
 - e) kosztów prac laboratoryjnych,
 - f) cen wymiany sprzętu i kosztów jego napraw,
 - g) ogólnych kosztów pracy- skutków konieczności podniesienia płac (podniesienie płacy minimalnej w 2020r, skutki ustawy o kształtowaniu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, wynagrodzenie własne).

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

- a) nienaturalnie niska wycena niektórych procedur w tabeli punktowej, będącej załącznikiem nr 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 47/2018/DSOZ . 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) wysokość obecnej ceny, która jest pochodną ogłoszonej przed ostatnim postępowaniem konkursowym ceny oczekiwanej. Jej ustalenie nie zostało poparte żadnymi wyliczeniami i cena ta już wówczas nie odzwierciedlała rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez wielokrotne wystąpienia na przestrzeni wielu ostatnich lat był informowany, że w zgodnej opinii środowiska lekarzy dentystów stawki za świadczenia stomatologiczne udzielane na podstawie umowy z NFZ nie odzwierciedlają kosztów ich udzielania.

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 dr n. med. Henrykowi Grzesiakowi, Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku 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: Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku