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 MOW 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:**
2. ogólnego wzrostu cen utrzymania gabinetów (czynsze, media),
3. cen wyrobów medycznych, leków i materiałów
4. wzrostu kosztu obsługi obowiązków administracyjnych (informatyzacja związana z przyłączeniem się do platformy P1, obsługa informatyczna harmonogramów przyjęć i elektronicznej bazy danych o odpadach)
5. kosztów prac laboratoryjnych
6. skutków konieczności podniesienia płac (podniesienie płacy minimalnej, skutki ustawy o kształtowaniu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, wynagrodzenie własne).
7. Konieczności doposażenia gabinetów w sprzęt spełniający nowe wymagania wynikające z zarządzeń prezesa NFZ oraz przepisów sanitarno-epidemiologicznych i ochrony środowiska .
8. **Na wysokość zaproponowanej powyżej ceny wpływ ma również**:
9. 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.
10. 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 Robertowi Stępniowi Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie 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 Krakowie