Pieczątka zakładu

…………………………………………….

 (miejscowość i data)

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

**ul. Bieszczadzka 5**

**38-400 Krosno**

**dotyczy: pozytywnego zaopiniowania sposobu podziału środków na wzrost wynagrodzeń, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015, poz. 1400) oraz § 2 ust. 4 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015., poz. 1628) nazwa placówki ……………………………. zwraca się z prośbą o wydanie pozytywnej opinii dotyczącej sposobu podziału miesięcznie środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem, że wskazana tam kwota zapewni średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, wraz ze składnikami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu.

**Nazwa zakładu ……………….………………….**realizując umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju  **podstawowa opieka zdrowotna** zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy, niepełnym wymiarze czasu pracy lub na podstawie umowy cywilnoprawnej……………………….. pielęgniarek/ położnych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Forma****zatrudnienia** | **Wymiar etatu/ równoważnik etatu** | **Kwota proponowanej podwyżki - brutto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Łącznie w okresie od 1 września 2016 r. do ………………….. na wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek poz przeznaczona zostanie kwota ………………………….. na pacjenta, dla położnych ………………..na pacjenta i ……………………dla pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania wg ilości zadeklarowanych uczniów.

Przekazane przez NFZ dodatkowe środki pieniężne w wysokości stawki kapitacyjnej zgodnej z ilością deklaracji w złożonych przez świadczeniobiorców przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych.

Ponadto kwota powstała ze zwiększenia współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną dla rozliczenia pacjentów w wieku od 40 do 65 roku życia i powyżej 65 roku życia z ……………na ………….. w zakresie świadczeń realizowanych przez lekarzy poz zostanie również uwzględniona we wzroście wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w gabinetach zabiegowych.

Wykaz pielęgniarek/ położnych realizujących świadczenia w rodzaju POZ, nie objętych wzrostem wynagrodzenia ( tzw. pielęgniarki praktyki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Forma****zatrudnienia** | **Wymiar etatu/ równoważnik etatu** | **Kwota proponowanej podwyżki - brutto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Proszę o pozytywne zaopiniowanie wyżej opisanego podziału miesięcznego środków przeznaczonych na wynagrodzenia pielęgniarek.

Podpis