

Załącznik do Uchwały Nr 2085/2016

Zarządu Województwa Opolskiego

z dnia 9 maja 2016 r.

Zał. do uchwały Nr 576/2015  
Zarządu Województwa Opolskiego  
z dnia 5.05.2015 r.

### WZÓR WNIOSKU RADY SPOŁECZNEJ

o przyznanie nagrody rocznej kierownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,  
dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie

....., dnia.....  
(miejscowość) (data)

.....

.....  
(nazwa wnioskodawcy)

.....

.....  
( adresat wniosku)

Wnioskuję się o przyznanie nagrody dla Pani/Pana .....  
(imię i nazwisko, stanowisko uprawnionego)

.....

.....  
(nazwa i adres SP ZOZ)

.....

za rok.....w wysokości.....  
(podać kwotę)

## Uzasadnienie wniosku:

### **1. Podstawowe dane, charakteryzujące działalność SP ZOZ:**

- a) Liczba łóżek, liczba wykonanych procedur medycznych oraz liczba pacjentów przyjętych w roku wnioskowanych:

Lecznictwo stacjonarne			Lecznictwo ambulatoryjne	
Liczba łóżek ogółem	Liczba wykonanych procedur	Liczba przyjętych pacjentów	Liczba wykonanych procedur	Liczba przyjętych pacjentów

- b) Liczba osób zatrudnionych:

Lp.	Wyszczególnienie grup zawodowych	Rok poprzedzający	Rok wnioskowany
1.	Personel wyższy – lekarze medycyny		
	w tym: kadra kierownicza		
2.	Personel wyższy – inny medyczny i niemedyczny		
	w tym: kadra kierownicza		
3.	Personel medyczny – pielęgniarki i położne		
	w tym: kadra kierownicza		
4.	Technicy medyczni		
	w tym: kadra kierownicza		
5.	Pozostały personel średniego szczebla		
6.	Administracja		
	w tym: kadra kierownicza		
7.	Personel niższy i pracownicy obsługi		
	ogółem		

### **2. Sytuacja finansowa SP ZOZ:**

Przychody w tys. zł		Koszty w tys. zł		Wynik finansowy w tys. zł		Koszty amortyzacji w tys. zł		Wskaźniki płynności finansowej QR/CR		Wskaźniki rentowności: rentowność majątku (ROA) / rentowność kapitału własnego (ROE)	
Rok poprzedzający	Rok wnioskowany	Rok poprzedzający	Rok wnioskowany	Rok poprzedzający	Rok wnioskowany	Rok poprzedzający	Rok wnioskowany	Rok poprzedzający	Rok wnioskowany	Rok poprzedzający	Rok wnioskowany

**3. Nakłady finansowe na zadania inwestycyjne oraz zakupy sprzętu i aparatury medycznej (remonty, modernizacje itp.), wg stanu na koniec roku wnioskowanego:**

	Lp.	Nazwa zadania	Łączny koszt zadania w tys. zł	Nakłady poniesione w latach poprzednich w tys. zł		Nakłady poniesione w roku wnioskowanym w tys. zł		Nakłady pozostałe do poniesienia w tys. zł	
				Środki własne	Inne źródła (jakie)	Środki własne	Inne źródła (jakie)	Środki własne	Inne źródła (jakie)
Zadania będące w realizacji w roku wnioskowanym	1								
	2								
Zadania zakończone w roku wnioskowanym	1							X	X
	2							X	X

**4. Dodatkowe osiągnięcia za okres wnioskowany:**

a) Posiadane certyfikaty:

	tak	nie	w trakcie pozyskania (proszę opisać, jaki jest etap działań w powyższym zakresie, wg stanu na koniec roku wnioskowanego)
Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia			
Certyfikaty Systemu Zarządzania Jakością			

b) Nagrody i wyróżnienia, uzyskane w roku wnioskowanym:

1. w rankingach ogólnopolskich szpitali .....
2. w różnego rodzaju konkursach.....
3. inne (proszę wymienić).....

c) inne, nie wymienione powyżej wskaźniki efektywnego zarządzania (np. realizacja programów zdrowotnych, prowadzenie działań edukacyjnych, prozdrowotnych z pacjentami, działania, mające na celu podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników zatrudnionych w zarządzanym SP ZOZ. Proszę wymienić) .....

**5. Oświadczenie kierownika SP ZOZ:**

a. o wysokości przeciętnego wynagrodzenia kierownika SP ZOZ za okres wnioskowany:

.....  
 .....

b. o środkach finansowych na wypłatę nagrody, zabezpieczonych w planie finansowym SP ZOZ:

.....  
 .....

c. o terminowym regulowaniu przez SP ZOZ zobowiązań o charakterze publicznoprawnym:

.....  
 .....

**6. Wdrażanie programu naprawczego SP ZOZ w roku wnioskowanym i w roku przyznania nagrody<sup>1</sup> :**

Działania, podjęte w ramach wdrażania programu naprawczego SP ZOZ z dnia ..... w roku wnioskowanym oraz w roku przyznania nagrody, do dnia złożenia wniosku.

Lp.	Obszar działań restrukturyzacyjnych	Działanie, zaplanowane do realizacji w programie naprawczym*	Komórka organizacyjna	Sposób/etap realizacji działania**	Termin realizacji ***	Uzyskany efekt ekonomiczny ****
1.	Zatrudnienie (w tym: zmiany liczby etatów, rodzajów umów, czasu pracy)					
2.	Zadłużenie (w tym: kredyty, pożyczki)					
3.	Usługi medyczne (w tym: kontrakty)					
4.	Gospodarka mieniem					
5.	Struktura organizacyjna (w tym: zmiany w zakresie liczby łóżek, oddziałów, poradni)					
6.	Infrastruktura techniczna (w tym: zakup, modernizacja środków trwałych)					
7.	Usługi obce					
8.	Inne					

\* proszę przepisać zadanie z planu naprawczego

\*\* proszę opisać, w jaki sposób zadanie zostało zrealizowane lub na jakim etapie realizacji się znajduje

\*\*\* miesiąc/rok, w którym działanie zostało zrealizowane

\*\*\*\* proszę określić, za jaki okres czasu

.....  
(data i podpis kierownika SP ZOZ oraz pieczętka SP ZOZ)

.....  
(data i podpis głównego księgowego SP ZOZ)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy -  
Przewodniczący Rady Społecznej)

<sup>1</sup> Dotyczy SP ZOZ, które na koniec roku wnioskowanego uzyskały ujemny wynik finansowy.