

Załącznik do zasad przyznawania nagrody rocznej kierownikom podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, funkcjonujących w formie SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Woj. Opolskie

## WZÓR WNIOSKU RADY SPOŁECZNEJ

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

miejsce, 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 niemiedyczny |                   |                 |
|     | 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                   |
| SUMA  |     |               |                                |   |                     |  |                     |  |                     |

## 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) Pozostałe wskaźniki efektywnego zarządzania, np.:

- Nagrody i wyróżnienia, uzyskane w roku wnioskowanym:
  - w rankingach ogólnopolskich szpitali . w różnego rodzaju konkursach
  - inne (proszę wymienić)
- Realizacja programów zdrowotnych

- Prowadzenie działań edukacyjnych, prozdrowotnych z pacjentami, działania, mające na celu podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników zatrudnionych w zarządzanym SP ZOZ
- Inne (proszę wymienić):

#### 5. Oświadczenie kierownika SP ZOZ:

- o wysokości przeciętnego wynagrodzenia kierownika SP ZOZ za okres wnioskowany:
- o środkach finansowych na wypłatę nagrody, zabezpieczonych w planie finansowym SP ZOZ:
- 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<br>(w tym: zmiany liczby etatów, rodzajów umów, czasu pracy)              |  |                       |                                    |                      |                                |
| 2.  | Zadłużenie<br>(w tym: kredyty, pożyczki)   |  |                       |                                    |                      |                                |
| 3.  | Usługi medyczne<br>(w tym: kontrakty)  |  |                       |                                    |                      |                                |
| 4.  | Gospodarka mieniem   |  |                       |                                    |                      |                                |
| 5.  | Struktura organizacyjna<br>(w tym: zmiany w zakresie liczby łóżek, oddziałów, poradni) |  |                       |                                    |                      |                                |
| 6.  | Infrastruktura techniczna<br>(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.