



Plan pracy Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie na rok 2026

I. Podstawa opracowania

Plan pracy opracowano na podstawie Regulaminu Kontroli Zarządczej obowiązującego w Szpitalu, Standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych określonych w Komunikacie Ministra Finansów Nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r., Wytycznych Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego wprowadzonych Zarządzeniem Nr 6/2026 z dnia 14 stycznia 2026 r. oraz dokumentów strategicznych Województwa, w tym Strategii Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

II. Cele i zadania Szpitala na rok 2026

L.p.	Cel	Zadanie	Miernik	Wartość docelowa	Osoba odpowiedzialna	Termin	Powiązanie strategiczne	Źródło finansowania / zasoby	Ryzyko kluczowe	Status
1.1	Zarządzanie bezpieczeństwem i ryzykiem w Szpitalu	Monitorowanie wskaźników bezpieczeństwa (np. liczba incydentów BHP, zdarzeń ppoż., awarii technicznych, incydentów bezpieczeństwa informacji) i okresowe raportowanie do	Raporty kwartalne ; liczba istotnych zdarzeń	4 raporty roczne; tendencja spadkowa liczby istotnych incydentów	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Służby BHP, Dział Techniczny, Informatyk, Pełnomocnik ds. IDO	raporty – koniec każdego kwartału	System kontroli zarządczej; cele strategiczne w obszarze bezpieczeństwa i jakości	zasoby własne, działania bezkosztowe	Brak wiedzy o poziomie ryzyka, opóźniona reakcja na zagrożenia	planowane

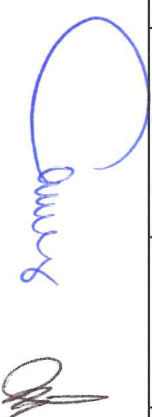
1.2	Zarządzanie bezpieczeństwem i ryzykiem w Szpitalu	Dyrektora i Zespołu ds. kontroli zarządczej	Aktualizacja i wdrożenie procedur i instrukcji bezpieczeństwa (BHP, ppoż., ewakuacja, postępowanie w sytuacjach kryzysowych, ciągłość działania) oraz przeprowadzenie ćwiczeń ewakuacyjnych	Liczba zaktualizowanych procedur; liczba przeprowadzonych ćwiczeń	Aktualizacja wszystkich dokumentów wymagających zmiany; min. 1 ćwiczenie ewakuacyjne rocznie w kluczowych obiektach	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Służby BHP i ppoż., Kierownik Działu Technicznego	aktualizacja I-II kw.; ćwiczenia II-IV kw.	Cel strategiczny: bezpieczeństwo i modernizacja infrastruktury	zasoby własne, działania bezkosztowe	Niespełnienie wymogów ppoż./BHP, nieprzygotowanie do sytuacji kryzysowych	planowane
1.3	Zarządzanie bezpieczeństwem i ryzykiem w Szpitalu		Wdrożenie i przetestowanie planu ciągłości działania (BCP) dla kluczowych procesów Szpitala (leczenie, systemy IT, media	liczba testów; wyniki testów	min. 1 test scenariuszowy w 2026 r.	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Informatyk, Kierownik Działu Technicznego	test II-III kw.	Cele strategiczne: rozwój informatyzacji, bezpieczeństwo, modernizacja infrastruktury	zasoby własne, działania bezkosztowe	Dłuższe przerwy w dostawach energii/IT, paraliż świadczeń, szkody finansowe i wizerunkowe	planowane
2.1	Rozwój informatyzacji i cyberbezpieczeństwa		Wdrożenie dyrektywy NIS2 w Szpitalu – opracowanie, aktualizacja i wdrożenie polityk,	Stożek wdrożenia a NIS2 (procent zgodności)	Min. 80% wymogów NIS2 wdrożonych do końca 2026 r.	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Informatyk – Administrator Systemów,	prace przygotowane I-II kw.,	Cel strategiczny: rozwój informatyzacji, cyberbezpieczeństwo,	Budżet bieżący	Incydenty cyberbezpieczeństwa, brak zgodności z NIS2,	planowane



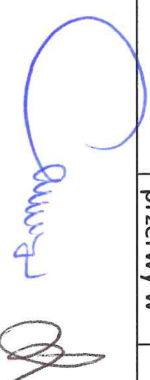
		procedur, rejestru incydentów, planu reagowania oraz testów ciągłości działania w obszarze systemów IT oraz przepisów krajowych implementujących Dyrektywę NIS2.			Inspektor Ochrony Danych, Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością	wdrożeni e i testy III–IV kw. 2026	wprowadzenie wymagań NIS2		sankcje nadzorcze, przerwy w działaniu systemów (EDM, e-usługi)	Wniosek o dofinansowanie projektu został złożony w 2025 r. i uzyskał pozytywną ocenę merytoryczną, jednak na dzień sporządzenia planu pracy oczekuje na zwiększenie alokacji środków w ramach programu, aby mógł zostać
3.1	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala	Modernizacja infrastruktury informatycznej Szpitala w celu podniesienia cyberbezpieczeństwa i rozwoju e-usług (projekt FEWM.01.07 E-zdrowie)	Stopień zaawansowania projektu	Realizacja zakresu rzeczowego zgodnie z harmonogramem 2026	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Informatyk – Administrator Systemów	2026 (etap projektowy i zakupowy wg harmonogramu)	Cel strategiczny: rozwój informatyzacji, cyberbezpieczeństwo, NIS2	Współfinansowanie w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, Priorytet FEWM.01 Gospodarka, Działanie FEWM.01.07 E-zdrowie	Opóźnienia w realizacji projektu, zagrożenia cyberbezpieczeństwa, utrata dostępności i systemów	




									ostatecznie zatwierdzony do dofinansowania.	
3.2	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala	Wykonanie dokumentacji technicznej budynku B obsługi techniczno-administracyjnej (OZE, efektywność energetyczna)	Gotowość dokumentacji	Kompletny projekt modernizacji budynku B	Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Kierownik Działu Technicznego	2026	Cel strategiczny: modernizacja infrastruktury, zrównoważony rozwój (efektywność energetyczna)	Współfinansowanie w ramach kolejnego konkursu na nabór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej	Niedostawanie do wymogów technicznych, wzrost kosztów energii	planowane
3.3	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala	Realizacja projektu „Nowe Horyzonty Zdrowia” – przygotowanie dokumentacji technicznej budowy kompleksowego obiektu WOTUW + CTZ + zaplecze szpitala (ok. 4000 m ²)	Gotowość dokumentacji	Dokumentacja techniczna opracowana i zatwierdzona	Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Kierownik DT, Projektant, Kierownik WOTUW	2026 – 2027 – etap dokumentacji	Cel strategiczny: modernizacja infrastruktury Szpitala	Brak dofinansowania, opóźnienia formalne i projektowe	planowane	

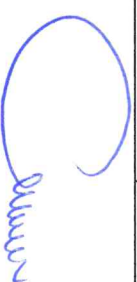


3.4	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala	Poprawa efektywności energetycznej budynku B – zakres rzeczowy (docieplenie, dach, stolarka, instalacje, PV, modernizacja kuchni i pralni)	Procent realizacji robót	Rozpoczęcie robót i realizacja założonego etapu 2026	Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Kierownik Działu Technicznego	2026–2028	Cel strategiczny: modernizacja infrastruktury, zrównoważony rozwój	Finansowanie zewnętrzne	Wzrost kosztów inwestycji, opóźnienia realizacyjne	planowane				
3.5	Modernizacja i rozwój	Zakup stacjonarnego magazynu energii i UPS dla	Pojemność zainstalowana	Instalacja magazynu	Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds.	2026	Cel strategiczny: bezpieczeństwo energetyczne,	Finansowanie wewnętrzne	Przerwy w zasilaniu, przerwy w	planowane				

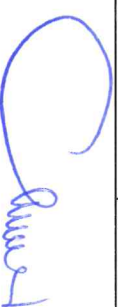


	infrastruktury Szpitala	zabezpieczenia ciągłości zasilania	wanego magazynu / liczba UPS	energii i systemu UPS	Inwestycyjno-Technicznych		ciągłość działania		pracy systemów medycznych i IT	
3.6	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala	Montaż nowoczesnego uzdatniacza wody dla kotłów wodnych i parowych	Parametry jakości wody kotłowej	Spełnienie wymogów eksploatacyjnych producentów kotłów	Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych	2026	Cel strategiczny: modernizacja infrastruktury, efektywność energetyczna	Budżet bieżący	Uszkodzenia kotłów, awarie ogrzewania	planowane
3.7	Modernizacja i rozwój infrastruktury Szpitala	Zakup samochodu do przewozu posiłków	Data zakupu i uruchomienia	Pojazd zakupiony, dopuszczony do eksploatacji	Z-ca Dyrektora ds. Inwestycyjno-Technicznych, Dział Organizacyjno-Admistracyjny	2026	Cel strategiczny: modernizacja infrastruktury, efektywność wykorzystania zasobów	Finansowanie zewnętrzne	Awarie starego pojazdu, przerwy w dowozie posiłków	planowane
4.1	Dostosowanie organizacji żywienia szpitalnego do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia	Przeгляд obecnej organizacji żywienia i identyfikacja niezgodności z wymaganiami standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego	Raport z przeglądu ; liczba stwierdzonych niezgodności	Raport przyjęty przez Dyrektora, zidentyfikowane wszystkie obszary wymagające dostosowania	Dyrektor, Kierownik Działu Żywienia, Pełnomocnik ds. ISO, Dietetyk (jeśli jest)	I-III kw. 2026	Cel strategiczny: poprawa efektywności zasobów, jakość opieki; rozporządzenie MZ z 12.12.2025 r.	zasoby własne, działania bezkosztowe	Niespełnienie wymogów standardu żywienia, negatywne wyniki kontroli NFZ/org. nadzoru	planowane
4.2	Dostosowanie organizacji	Szkolenia personelu Działu Żywienia i	Liczba przeszkol	100% personelu	Dyrektor, Kierownik Działu Żywienia,	II kw. 2026	Cel strategiczny: poprawa	zasoby własne,	Brak znajomości	planowane

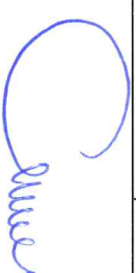
	żywienia szpitalnego do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiotach leczniczych.	personelu medycznego z nowych standardów żywienia i zasad współpracy (lekarz-dietetyk-kuchnia)	onych osób / plan	Działu żywienia oraz wyznaczonych osób medycznych przeszkolonych	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa		efektywności zasobów, jakość opieki		nowych wymogów, błędy w zleceniu i realizacji diet	
5.1	Planowanie finansowe	Opracowanie planu finansowego	%	100 %	Główny Księgowy	20 grudnia	Kontrakt z NFZ Plan inwestycyjny. Plany wydatków pozostałych materiałów Plany wydatków pozostałych usług Dotacje otrzymane z zewnątrz Realizacja umowy kredytowej w BGK	NFZ, Urząd Marszałkowski, Dotacje unijne, Bank, Dotacje Gminne, Darowizny	Nie zawarcie umowy z NFZ, nie otrzymanie kredytu, zaożenienia makroekonomiczne (stopa, inflacja, stopa bezrobocia, WIBOR)	planowane
6.1	Phyność finansowa 1.0	Analiza Kosztowa i przychodów	Miesięczny	Sprawozdanie finansowe roczne	Główny Księgowy	Do 20 każdego miesiąca	Plan finansowy i inwestycyjny	zasoby własne	Wzrost kosztów medów,	planowane



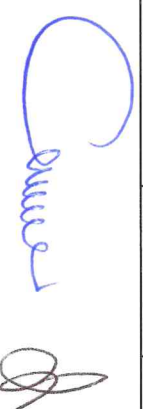

									wynagrodzeń	
7.1	Plan wydatków	Kontrola kosztów	Kwartał, a IV kwartał co miesiąc		Główny Księgowy	Do 10	Plany na pozostałe materiały, Plany na pozostałe usługi	zasoby własne	Nieefektywne wykorzystanie, Brak wcześniejszego planowania zakupów	planowane
8.1	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Comiesięczne monitorowanie stopnia wykonania umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń.	Wskaźnik stopnia realizacji umowy z NFZ wyrażony jako procent wykonania a wartości kontraktu w danym okresie sprawozdawczym.	100%	Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główny Księgowy, Zastępca Głównego Księgowego, koordynatorzy oddziałów, Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Medycznej	Działanie ciągłe przez cały rok	Umowa z NFZ – roczny plan rzeczowo - finansowy	zasoby własne	Niewykonana lub nadwykonana nie kontraktu z NFZ skutkujące pogorszeniem sytuacji finansowej jednostki.	planowane
8.2	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Racjonalne gospodarowanie przyznanymi limitami.	Wskaźnik wykorzystania przyznanego limitu punkowego (%) liczony	100%	Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główny Księgowy, Zastępca Głównego Księgowego, Kierownik Sekcji Statystyki	Działanie ciągłe przez cały rok	Umowa z NFZ – roczny plan rzeczowo - finansowy, realizacja kontraktu przez personel szpitala	zasoby własne	Ryzyko nieefektywnego podziału limitu punkowego skutkujące	planowane




8.3	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Bieżąca analiza poprawności rozliczeń i weryfikacja rozliczeń z NFZ	Wskaźnik poprawności rozliczeń (%) – liczony jako stosunek świadczeń rozliczonych do poprawnie do wszystkich rozliczonych.	100%	Dyrektor, Główny Księgowy, Zastępca Głównego Księgowego, Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Medycznej	Działanie ciągłe przez cały rok	Umowa z NFZ, regulacje prawne dotyczące zasad rozliczania z NFZ	zasoby własne	Nieprawidłowe rozliczenia z NFZ skutkujące utratą przychodów i sankcjami finansowymi, ryzyko zmian legislacyjnych	planowane				
8.4	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Monitorowanie wskaźników zatrudnienia zgodnie z wymogami umowy	Liczba zakresów świadczeń spełniających wymaganie normy	100% zgodności z wymogami	Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej, Kadry	Działanie ciągłe przez cały rok	dokumentacja kadrowa, świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	zasoby własne	Ryzyko niezgodności zatrudnienia z wymogami umowy z NFZ	planowane				

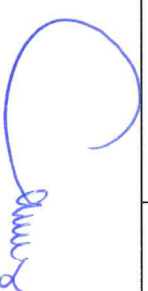



			zatrudnienia.							
8.5	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Bieżące monitorowanie wykorzystania łożek	stopień zajętości łożek w podmiocie	100%	Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główny Księgowy, Zastępca Głównego Księgowego, koordynatorzy oddziałów, Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Medycznej	Działanie ciągłe przez cały rok	Dokumentacja wewnętrzna – raporty o zajętości łożek składane przez oddziały szpitalne	zasoby własne	Niewłaściwe wykorzystanie łożek skutkujące ograniczeniem dostępności i świadczeń i stratami finansowymi.	planowane
8.6	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Bieżąca rekrutacja na wolne miejsca pracy w deficytowych zawodach medycznych (m.in. lekarz specjalista psychiatra, lekarz internista, pielęgniarki) celem pozyskania nowych pracowników.	Liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów w zawodach deficytowych oraz pielęgniarek	2 etaty lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii 2 etaty lekarza specjalisty chorób wewnętrznych 5 etatów pielęgniarki	Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej, Kadry, Przełożona Pielęgniarek	do 31.12.2022 r.	dokumentacja kadrowa, świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	Finansowanie NFZ	ograniczenie dostępności i świadczeń i niewykonanie kontraktu z NFZ utrata przychodów przeciążenie obecnej kadry, ryzyko	planowane



									konkurencji placowej rynku prywatnego.			
		Planowanie uruchomienia Centrum Zdrowia Psychicznego (w przypadku spełnienia wymogów pod kątem potencjału kadrowego) na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia		Stopień gotowości kadrowej i organizacyjnej do uruchomienia centrum		100 % gotowości kadrowej i organizacyjnej	Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główny Księgowy, Zastępca Głównego Księgowego, Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Medycznej, Kadry	Działanie ciągłe przez cały rok	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego	Finansowanie NFZ	Brak spełnienia wymogów kadrowych i organizacyjnych skutkuje opóźnieniem lub niemożliwością uruchomienia Centrum Zdrowia Psychicznego	planowane
8.7	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ											
8.8	Zapewnienie ciągłości działania – realizacja kontraktów z NFZ	Nadzór nad przestrzeganiem wdrożonych w szpitalu procedur medycznych, dokumentacją medyczną pod kątem	Stopień prawidłowości prowadzenia dokumentacji	100 % prawidłowości dokumentacji i przestrzegania procedur	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,	Działanie ciągłe przez cały rok	Procedury obowiązujące w szpitalu, akty wykonawcze ws. Prowadzenia dokumentacji medycznej	zasoby własne	Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej i	planowane		

		prawidłowości jej prowadzenia	medyczne i przestrzeganie procedur medycznych		Przełożona Pielęgniarek,				nieprzeznaczanie wdrożonych procedur medycznych skutkujące sankcjami prawnymi i zagrożeniami bezpieczeństwa pacjentów	
9.1	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez stabilizację i rozwój kadry pielęgniarskiej	Ograniczenie rotacji personelu	≤ 10% rocznie	≤ 10% rocznie	Przełożona Pielęgniarek	XII 2026	Stabilizacja zatrudnienia w ochronie zdrowia	Działania organizacyjne (bezkosztowe)	Wypalenie zawodowe	planowane
9.2	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez	Organizacja adaptacji zawodowej nowych pracowników	100% nowo zatrudnionych	100% nowo zatrudnionych	Oddziałowe / Przełożona Pielęgniarek	Na bieżąco	Wzrost jakości świadczeń	Zasoby własne	Braki kadrowe opiekunów stażu	planowane




	stabilizację i rozwój kadry pielęgniarskiej									
10.1	Podnoszenie jakości i bezpieczeństwa opieki pielęgniarskiej	Aktualizacja procedur pielęgniarskich (w tym dot. przymusu bezpośredniego)	Liczba zaktualizowanych procedur	100% wymagających aktualizacji	Przełożona Pielęgniarek	III kw. 2026	Standardy jakości i bezpieczeństwa	Zasoby własne	Niezgodność z przepisami	planowane
10.2	Podnoszenie jakości i bezpieczeństwa opieki pielęgniarskiej	Monitorowanie zdarzeń niepożądanym	Analiza kwartalna raportów	4 raporty roczne	Przełożona Pielęgniarek / Zespół ds. jakości	Kwartalne	Poprawa bezpieczeństwa pacjentów	Działania bezkosztowe	Niewystarczące raportowanie	planowane
10.3	Podnoszenie jakości i bezpieczeństwa opieki pielęgniarskiej	Nadzór nad dokumentacją pielęgniarską	Liczba przeprowadzonych kontroli wewnętrznych	Min. 2 kontrole roczne na oddział	Przełożona Pielęgniarek	II i IV kw.	Wymogi prawne i jakościowe	Zasoby własne	Błędy dokumentacyjne	planowane
11.1	Optymalizacja organizacji pracy i racjonalne zarządzanie zasobami	Analiza obsady dyżurowej i dostosowanie grafików do obłożenia oddziałów	Analiza półroczna	2 analizy roczne	Przełożona Pielęgniarek	VI i XII 2026	Racjonalizacja kosztów	Działania organizacyjne	Niedobór kadry	planowane
11.2	Optymalizacja organizacji pracy i racjonalne zarządzanie zasobami	Monitorowanie nadgodzin	Sprawozdanie kwartalne	Ograniczenie nadgodzin o 5%	Przełożona Pielęgniarek	Kwartalne	Optymalizacja kosztów	Budżet bieżący	Braki kadrowe	planowane




11.3	Optymalizacja organizacji pracy i racjonalne zarządzanie zasobami	Współpraca z działem apteki w zakresie gospodarki lekowej	Liczba wspólnych analiz	Min. 2 rocznie	Przełożona Pielęgniarek	IV kw. 2026	Racjonalizacja wydatków	Zasoby własne	Wzrost kosztów leków	planowane
------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------	----------------	-------------------------	-------------	-------------------------	---------------	----------------------	-----------

III. Monitorowanie

1. Realizacja planu pracy podlega monitoringowi kwartalnemu w ramach kontroli zarządczej, zgodnie z przyjętym formularzem monitorowania.
2. Ocena realizacji obejmuje w szczególności kryteria: legalności, celowości, gospodarności i rzetelności oraz analizę niezgodności i ich przyczyn.





3. Ryzyka związane z realizacją celów i zadań ujmowane są w Rejestrze ryzyk Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie

IV. Zasady aktualizacji

Aktualizacja planu pracy w trakcie roku może nastąpić decyzją Dyrektora, z odnotowaniem zmian w rejestrze celów i zadań oraz w monitoringu kwartalnym.

V. Opracowanie dokumentu

Plan pracy został opracowany przez **Zespół ds. kontroli zarządczej** jako element dokumentacji planistyczno-sprawozdawczej systemu kontroli zarządczej.

Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Podpis
1.	Urszula Krajewska	Z-ca dyr. ds. lecznictwa	
2.	Maciej Zmitrowicz	Z-ca dyr. ds. inwestycyjno-technicznych	
3.	Witold Juchniewicz	Główny Księgowy	
4.	Urszula Chmielewska	Przełożona Pielęgniarek	



5.	Roksana Pietraszek	Kierownik Sekcji Statystyki i Dokumentacji Medycznej	<i>Roksana Pietraszek</i>
6.	Łukasz Siniuk	Kierownik Działu Technicznego	<i>Łukasz Siniuk</i>

VI. Zatwierdzenie

Dyrektor Szpitala

13.02.2026

 (data, podpis)

DYREKTOR
 Szpitala Psychiatrycznego
 SP ZOZ Węgorzewe
 mgr. Anna Szalko

SZPI TAL PSYCHIATRYCZNY
 Samodzielny Publiczny
 Zakład Opieki Zdrowotnej
 11-600 Węgorzewe, ul. J. Bema 24
 tel. 87 427 27 66
 NIP 525-14-67-543 REGON 790240956

Objaśnienia do tabeli Planu pracy*

Cel – pożądany, mierzalny efekt do osiągnięcia w danym roku, wynikający z kierunków działania Szpitala.

Zadanie – konkretne działanie lub zestaw działań służących realizacji celu.

Miernik – wskaźnik pozwalający ocenić stopień realizacji zadania (np. liczba, termin, procent, efekt jakościowy).

Wartość docelowa – określony poziom miernika (ilościowy, procentowy, terminowy lub jakościowy), którego osiągnięcie uznaje się za wykonanie zadania, np. liczba, procent, termin realizacji, brak niezgodności lub wdrożenie określonego rozwiązania.

Odpowiedzialny – osoba lub stanowisko odpowiedzialne za realizację zadania.

Termin – planowany termin zakończenia zadania lub okres realizacji.

Powiązanie strategiczne – odniesienie do dokumentów strategicznych (np. Strategia Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Województwa Warmińsko-Mazurskiego).

Źródło finansowania / zasoby – wskazanie źródła finansowania lub rodzaju zasobów (np. budżet bieżący, środki NFZ, projekt, zasoby własne, działania bezz kosztowe).

Ryzyko kluczowe – główne ryzyko mogące wpłynąć na realizację zadania, zgodne z Rejestrem Ryzyk.

Status – etap realizacji zadania (np. planowane, w trakcie, zrealizowane, opóźnione, zaniechane – z uzasadnieniem).

[Signature]