

UCHWAŁA Nr 164 / 1039/09
ZARZĄDU POWIATU W PODDĘBICACH
z dnia 9 października 2009 roku

w sprawie zawarcia umowy dotyczącej opracowania Programu Reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze Powiatu Poddębickiego.

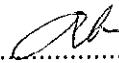
Na podstawie art. 32 ust. 2 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 Nr 142 poz. 1592 z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1688, Nr 214, poz. 1806, z 2003 Nr 162, poz. 1568, z 2004 Nr 102, poz. 1055, z 2007 Nr 173, poz. 1218, z 2008 Nr 180 poz. 1111, Nr 223 poz. 1458, z 2009 Nr 92 poz. 753), w związku z uchwałą Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 roku w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia oraz uchwałą Nr XLVII/267/09 Rady Powiatu w Poddębicach z dnia 6 października 2009 roku w sprawie zajęcia stanowiska dotyczącego zawarcia umowy na opracowanie Programu Reorganizacji w Systemie Ochrony Zdrowia na Obszarze Powiatu, Zarząd Powiatu w Poddębicach uchwala co następuje :

§ 1.1. Zawiera się umowę z TROMED, 90-244 Łódź, ul. Jaracza 100/43 na opracowanie Programu Reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze Powiatu Poddębickiego, który umożliwi objęcie Powiatu Poddębickiego wsparciem w ramach Programu uchwalonego uchwałą Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 roku, której treść stanowi załącznik nr 1.

2. Projekt umowy, o której mowa w ust. 1 stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.


§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Stanisław Olas – Przewodniczący Zarządu

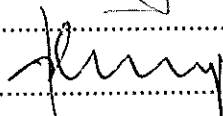
..... 

Członkowie Zarządu :

Danuta Pecyna

..... 

Małgorzata Komajda

..... 

Ryszard Balcerzak

.....

Wieńczysław Kaźmierczak

.....

Uchwała Nr 58 /2009

Rady Ministrów

z dnia 27 kwietnia 2009 r.

w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”

Na podstawie art. 117 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm¹⁾) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. Ustanawia się program wieloletni pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Program będzie realizowany w latach 2009 - 2011.

§ 3. Realizację Programu powierza się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 4. Program będzie realizowany na zasadach określonych w załączniku do uchwały.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PREZES
RADY MINISTRÓW**

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1420, z 2006 r. Nr 45, poz. 319, Nr 104, poz. 708 i Nr 170, poz. 1217 i 1218, Nr 187, poz. 1381 i Nr 249, poz. 1832, z 2007 r. Nr 82, poz. 560, Nr 88, poz. 587, Nr 115, poz. 791 i Nr 140, poz. 984, z 2008 r. Nr 180, poz. 1112, Nr 209, poz. 1317, Nr 216, poz. 1370 i Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100 i Nr 62, poz. 504.

Program wieloletni pod nazwą
„Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”

1. Nazwa Programu

„Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

2. Organ realizujący Program

Minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Diagnoza sytuacji społeczno-gospodarczej

Obecnie funkcjonująca forma prawna „samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej” zawiera szereg ograniczeń uniemożliwiających szybki rozwój tych zakładów. Do zmian, jakie zachodzą w środowisku, w którym funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, może się dostosować tylko elastycznie i szybko reagujący podmiot, przystosowany do działania w realiach rynkowych, zdolny do adaptowania nowych technologii medycznych i reagujący na zmieniające się potrzeby pacjentów. W samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej procesy decyzyjne, zwłaszcza w odniesieniu do decyzji strategicznych, trwają bardzo długo. Forma organizacyjno-prawna samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi hybrydę ułomnej osoby prawnej i zakładu budżetowego, która jest niespójna. Właściwym rozwiązaniem jest utworzenie i prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej przez spółkę kapitałową.

Funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej utworzonego i prowadzonego przez spółkę daje wiele korzyści, w szczególności:

- przejrzysty nadzór właścicielski (sprawowany przez radę nadzorczą, komisję rewizyjną, zgromadzenia wspólników lub walne zgromadzenie – na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037, z późn.

zm.²⁾) i ustawie z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 1997 r. Nr 9, poz. 43, z późn. zm.³⁾),

- efektywny sposób zarządzania (zarząd z szerokim instrumentarium władczym oraz kodeksowymi zasadami odpowiedzialności za prowadzenie spraw spółki i jej funkcjonowanie),

- dyscyplinę finansową,

- przejrzystą gospodarkę finansową zarówno w zakresie zarządzania wewnątrz jednostki, jak i jej funkcjonowania w otoczeniu,

- kwestie pracownicze (dobór kadry pod kątem efektywności zatrudnienia),

- spółka kapitałowa zagrożona niewypłacalnością może skorzystać z przepisów o postępowaniu naprawczym, w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest to niemożliwe.

System ochrony zdrowia znajduje się w sytuacji, w której potrzebne są zmiany pozwalające na lepsze, efektywniejsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz poprawę ich organizacji. Temu ma służyć rezygnacja z formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Przeprowadzona analiza dynamiki podejmowania przez jednostki samorządu terytorialnego decyzji w sprawie zmiany formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej wskazuje na to, że pomimo dużego wysiłku i kosztów, jakie z tego tytułu musi podjąć jednostka samorządu terytorialnego, zmiany takie są oceniane jako racjonalne. W okresie od 1999-2008 zmieniono formę organizacyjno-prawną 71 szpitali. Szczególnie często decyzje o takich zmianach podejmowały samorzady powiatowe.

Analiza sytuacji finansowej niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej powołanych w miejsce zlikwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazuje, że zakłady te w sposób istotny poprawiły efektywność swojego funkcjonowania. Stałą tendencją odnotowaną w tych zakładach jest zarówno wzrost osiąganych przychodów, jak i zmniejszenie kosztów. Spowodowało to, że prawie wszystkie „przekształcone” zakłady osiągają nadwyżkę przychodów nad kosztami i korzystny wynik finansowy. Wśród „przekształconych” zakładów nieliczne nadal generowały stratę. Wskazuje to na konieczność

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 102, poz. 1117, z 2003 r. Nr 49, poz. 408 i Nr 229, poz. 2276, z 2005 r. Nr 132, poz. 1108, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 133, poz. 935 i Nr 208, poz. 1540, z 2008 r. Nr 86, poz. 524, Nr 118, poz. 747, Nr 217, poz. 1381 i Nr 231, poz. 1547 oraz z 2009 r. Nr 13, poz. 69 i Nr 42, poz. 341.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 106, poz. 679 i Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 96, poz. 874, i Nr 199, poz. 1937, z 2008 r. Nr 223, poz. 1458 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100 i 101.

łączenia zmiany formy organizacyjno – prawnej z innymi działaniami poprawiającymi funkcjonowanie jednostki.

Analiza wskazuje, że przy podejmowaniu działań stymulujących przekształcenia w zakładach opieki zdrowotnej należy szczególną uwagę zwrócić na takie elementy jak:

- duże koszty działań dla jednostki samorządu terytorialnego i konieczność zapewnienia jednostce takiego wsparcia, które spowodowałoby, że ich podjęcie nie ograniczy realizacji zadań własnych tej jednostki,
- konieczność szczegółowej analizy biznesplanów powoływanych spółek tak, żeby zmiana doprowadziła do powstania stabilnych podmiotów zapewniających wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- konieczność wspierania działań, w których przekształceniom towarzyszyć będzie łączenie zakładów opieki zdrowotnej.

4. Cele Programu i wskaźniki ewaluacji

1) Cel główny

Stworzenie warunków do rozwoju oraz wzrostu konkurencyjności regionów poprzez powstanie stabilnych ekonomicznie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w ramach realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego nieobjętych kontraktami wojewódzkimi.

2) Cel szczegółowy

Splata części zobowiązań przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego po zlikwidowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Ocenę stopnia realizacji Programu przeprowadza się przy wykorzystaniu następujących wskaźników:

- wysokość przejętych zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego – wskaźnik należy uznać za spełniony, jeżeli kwota zobowiązań przejętych stanowić będzie co najmniej równowartość udzielonego wsparcia w formie dotacji budżetowej;
- liczba zakładów, które zakończyły proces restrukturyzacji (jednostka samorządu terytorialnego uzyskała dotację) w odniesieniu do liczby samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej - wskaźnik oddziaływania Programu należy uznać za satysfakcjonujący, jeżeli restrukturyzację zakończy 20 % zakładów;

- liczba zakładów, które zakończyły proces restrukturyzacji (jednostka samorządu terytorialnego uzyskała dotację) w odniesieniu do liczby zakładów, które uzyskały zawiadomienie o objęciem Programem – wskaźnik określa efektywność realizacji Programu; należy uznać działania jednostek samorządu za efektywne, jeżeli realizację zakończy 80% zakładów, które złożyły wniosek;
- stabilność ekonomiczna nowopowstałych spółek – należy uznać, że nowoutworzone spółki spełniają ten warunek, jeżeli stosunek przychodów zakładów opieki zdrowotnej do kosztów jest większy niż 1.
- płynność finansowa nowopowstałych jednostek – warunek należy uznać za spełniony jeżeli stosunek aktywów bieżących do zobowiązań bieżących jest większy lub równy 1,2.

5. Priorytety oraz kierunki interwencji w ujęciu terytorialnym

Obecnie zmiany w formach organizacji prawnej funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej koncentrują się w następujących województwach: dolnośląskim, śląskim i wielkopolskim. W województwie podkarpackim nie przeprowadzono takich zmian. Program ma zintensyfikować przeprowadzanie zmian w tym zakresie w całym kraju.

6. Działania realizowane na podstawie Programu

W ramach Programu jednostki samorządu terytorialnego będą mogły otrzymać dotacje celowe z budżetu państwa na zadania własne jednostek samorządu terytorialnego z zakresu polityki rozwoju nieujęte w kontraktach wojewódzkich w związku z przejęciem zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.⁴⁾).

7. Działania finansowane w ramach Programu:

- 1) dotacja celowa z budżetu państwa dla jednostek samorządu terytorialnego na zadania własne z zakresu polityki rozwoju nieujęte w kontraktach wojewódzkich udzielana na podstawie art. 20 a ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 140, poz. 984, z 2008 r. Nr 216, poz. 1370 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100) w wysokości:

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100.

- a) zobowiązań publicznoprawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, według stanu na dzień zakończenia likwidacji, jednak nie większej niż kwota zobowiązań znana na dzień 31 grudnia 2008 r.,
 - b) zobowiązań publicznoprawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej według stanu na dzień zakończenia likwidacji, jeżeli likwidacja tych zakładów nastąpiła od dnia 1 stycznia 2000 r. do dnia podjęcia uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą: „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, zwanej dalej „Uchwałą”,
 - c) wartości umorzonych w wyniku ugody, o której mowa w ust. 8 pkt 1 lit. e, kwoty głównej i odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych,
 - d) zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684, z 2006 r. Nr 137, poz. 971, z 2007 r. Nr 158, poz. 1104 oraz z 2008 r. Nr 192, poz. 1181), pozostałych do spłaty na dzień 31 grudnia 2008 r., przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej,
 - e) podatku od towarów i usług uiszczzonego od wniesionego przez jednostkę samorządu terytorialnego aportu do spółki kapitałowej, o której mowa w ust. 10 pkt 3;
- 2) koszty sporządzania oceny dokumentów, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. c i e, przez Bank Gospodarstwa Krajowego;
 - 3) koszty sporządzenia oceny dokumentów, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. b, przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

8. Warunki uczestnictwa w Programie:

1) przyjęcie przez organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze tej jednostki, zwanego dalej „programem reorganizacji”, zawierającego:

- a) zasady i harmonogram:

- likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wraz z podanym terminem jej zakończenia,
- powołania spółki kapitałowej prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej

w formie projektów uchwał (lub uchwał, jeżeli takie zostały podjęte) organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego chyba, że powołanie takiej spółki nie byłoby konieczne ze względu na możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej – wskazanym zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej,

- b) analizę możliwych do uzyskania przychodów z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania do rejestru zakładów opieki zdrowotnej niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez spółkę kapitałową,
- c) analizę ekonomiczno-finansową (biznesplan) określającą możliwości i niezbędne warunki dla funkcjonowania spółki kapitałowej w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania do rejestru zakładów opieki zdrowotnej niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez spółkę, chyba, że powołanie takiej spółki nie byłoby konieczne ze względu na możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej – wskazanym zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej,
- d) sprawozdania finansowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za trzy lata poprzedzające rok, w którym złożono wniosek wraz z raportami i opiniami biegłego rewidenta, będącymi wynikiem badania sprawozdań finansowych,
- e) propozycję restrukturyzacji i spłaty zobowiązań jednostki samorządu terytorialnego powstałych w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej; propozycja ta może w szczególności przewidywać zawarcie ugód w przedmiocie wierzytelności cywilnoprawnych; ugoda lub ugody mogą być zawarte ze wszystkimi wierzycielami, grupą wierzycieli lub wierzycielem; ugoda lub ugody powinny obejmować kwotę główną zobowiązań cywilnoprawnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i odsetki naliczone do dnia zawarcia ugody; ugoda może być zawarta przez jednostkę samorządu terytorialnego albo być ugodą wielostronną zawieraną przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i jednostkę samorządu

terytorialnego, jeżeli z jej postanowień będzie wynikać, że w chwili likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ugoda będzie nadal wiązała wierzycieli i jednostkę samorządu terytorialnego, która będzie dokonywała spłaty zobowiązań zgodnie z ustaleniami tej ugody; propozycje restrukturyzacji i spłaty zobowiązań jednostki samorządu terytorialnego mogą przewidywać zaciągnięcie przez jednostkę samorządu terytorialnego kredytów na spłatę przyjętych zobowiązań, które po rozszerzeniu mechanizmu udzielania poręczeń, będą mogły być udzielane przez Bank Gospodarstwa Krajowego we własnym imieniu i na własny rachunek na podstawie ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz.U. z 2003 r. Nr 174, poz. 1689, z późn. zm.⁵⁾);

2) uzyskanie pozytywnej oceny dyrektora oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, właściwego ze względu na siedzibę likwidowanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie możliwości osiągnięcia przewidywanych przychodów ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3) uzyskanie pozytywnej oceny Banku Gospodarstwa Krajowego w zakresie:

a) możliwości realizacji biznesplanu, o którym mowa w pkt 1 lit. c, przy uwzględnieniu wniosków wynikających z oceny, o której mowa w pkt 2,

b) ekonomiczno-finansowych aspektów propozycji restrukturyzacji i spłaty zobowiązań jednostki samorządu terytorialnego powstałych w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

(w celu dokonania oceny Bank Gospodarstwa Krajowego może występować o dodatkowe informacje do wnioskodawcy);

4) skierowanie do właściwego ze względu na siedzibę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wojewody wniosku o objęcie Programem wraz z dokumentami wymienionymi w pkt 1-3;

5) w odniesieniu do programów, które nie zakładają utworzenia spółki nie mają zastosowania wymagania określone w pkt 1 lit. b i c, pkt 2 i pkt 3 lit. a;

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 123, poz. 1291, Nr 145, poz. 1535 i Nr 281, poz. 2785 oraz z 2005 r. Nr 78, poz. 684 i Nr 183, poz. 1538.

6) jeżeli likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nastąpiła od dnia 1 stycznia 2000 r. do dnia podjęcia Uchwały nie mają zastosowania wymagania określone w 1-3 oraz pkt 4 stosuje się odpowiednio;

7) wobec jednostek samorządu terytorialnego, które w okresie od dnia 1 stycznia 2000 r. do dnia podjęcia Uchwały przejęły zobowiązania zlikwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie ma zastosowania ust. 7 pkt 1 lit. a, c-e.

9. Ocena wniosków i skierowanie do realizacji

Właściwy wojewoda w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 8 pkt 4:

- 1) dokonuje jego weryfikacji w zakresie spełnienia warunków uczestnictwa w Programie, ocenie wojewody nie podlegają dokumenty, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. b i c oraz ust. 8 pkt 2 i 3 lit. a,
- 2) przekazuje wraz z dokumentami wymienionymi w ust. 8, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wnioski spełniające warunki uczestnictwa w Programie wraz z propozycją zawarcia umowy o przekazanie dotacji,
- 3) zawiadamia wnioskodawcę o objęciu Programem, w przypadku spełnienia warunków uczestnictwa w Programie albo o odmowie objęcia Programem, w przypadku nie spełnienia tych warunków.

10. Warunki udzielenia pomocy finansowej jednostkom samorządu terytorialnego objętym Programem.

Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje dotację celową jednostce samorządu terytorialnego, która spełniła warunki uczestnictwa w Programie, na podstawie umowy, po spełnieniu łącznie następujących warunków:

- 1) uzyskaniu zawiadomienia o objęciu Programem;
- 2) wykreśleniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru zakładów opieki zdrowotnej i Krajowego Rejestru Sądowego i przejęciu zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez jednostkę samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 3) powołaniu spółki kapitałowej, w której jednostka samorządu terytorialnego obejmie wszystkie udziały (akcje) albo, w przypadku gdy spółka powoływana jest przez więcej niż jedną jednostkę samorządu terytorialnego, jednostki te obejmą wszystkie udziały (akcje); przedmiotem

działalności tej spółki jest prowadzenie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, chyba że powołanie takiej spółki nie byłoby konieczne ze względu na możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej – wskazanym zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;

4) zabezpieczeniu udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez przekazanie spółce utworzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego w celu udzielania świadczeń zdrowotnych majątku ruchomego i nieruchomego w sposób określony w programie reorganizacji oraz wpisaniu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej chyba, że powołanie spółki kapitałowej nie byłoby konieczne ze względu na możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej – wskazanym zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;

5) zawarcie umowy pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a jednostką samorządu terytorialnego oraz uzyskanie pozytywnej oceny ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego zgodnie z art. 20 a ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju;

6) jeżeli likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nastąpiła od dnia 1 stycznia 2000 r. do dnia podjęcia Uchwały nie stosuje się pkt 4.

11. Rola Banku Gospodarstwa Krajowego

Dokonywanie oceny przedstawianych przez jednostki samorządu terytorialnego biznesplanów, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. c, oraz ekonomiczno-finansowej oceny propozycji restrukturyzacyjnych, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. e, na podstawie umowy zawieranej między ministrem właściwym do spraw zdrowia i Bankiem Gospodarstwa Krajowego.

12. Rola Narodowego Funduszu Zdrowia

Dokonywanie oceny przedstawianych przez jednostki samorządu terytorialnego analiz możliwych do uzyskania przychodów z udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania do rejestru zakładów opieki zdrowotnej niepublicznego

zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez spółkę, na podstawie umowy zawieranej między ministrem właściwym do spraw zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

13. Sposób monitorowania i oceny stopnia osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych

Jednostki samorządu terytorialnego realizujące Program są obowiązane do przekazywania wojewodzie informacji o sposobie wykorzystania otrzymanych na jego podstawie środków, w terminie do dnia 31 marca każdego roku następującego po roku, w którym przyznano dotację.

Wojewodowie, w terminie i w zakresie wskazanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przekazują temu ministrowi zbiorcze informacje dotyczące sposobu wykorzystania przez jednostki samorządu terytorialnego dotacji otrzymanych na podstawie Programu.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw rozwoju regionalnego, w szczególności w odniesieniu do celów Programu określonych w ust. 4, sporządza i przedstawia Radzie Ministrów sprawozdanie z realizacji Programu za poprzedni rok budżetowy, w terminie do dnia 30 czerwca.

14. Okres realizacji Programu

Program wieloletni realizowany będzie w latach 2009 - 2011.

15. Łączne nakłady na realizację Programu

Łączne nakłady z budżetu państwa na realizację Programu wyniosą 1 381 mln zł.

W ramach Programu, z budżetu państwa finansowane będą następujące działania:

- 1) działanie z ust. 7 pkt 1 lit. a – dotacja celowa na spłatę zobowiązań publicznoprawnych – w kwocie 594 mln zł;
- 2) działanie z ust. 7 pkt 1 lit. b - dotacja celowa na spłatę zobowiązań publicznoprawnych – w kwocie 252 mln zł;
- 3) działanie z ust. 7 pkt 1 lit. c – dotacja celowa na spłatę wartości umorzonych w wyniku ugody, której mowa w ust. 8 pkt 1 lit. e – w kwocie 163 mln zł;
- 4) działanie z ust. 7 pkt 1 lit. d – dotacja celowa na spłatę zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r.

o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej – w kwocie 372 mln zł;

5) działanie z ust. 7 pkt 1. lit. e – dotacja celowa na pokrycie podatku od towarów i usług uiszczanego od wniesionego przez jednostkę samorządu terytorialnego aportu do spółki, o której mowa w ust. 10 pkt 3 – przy przekazywaniu dotacji na ten cel nie dojdzie do faktycznego zwiększenia kosztów realizacji programu, gdyż środki finansowe wypłacone w formie dotacji będą równe wysokości uiszczanego wcześniej podatku;

6) działanie z ust. 7 pkt 2 - koszty sporządzania oceny dokumentów, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. c i e, przez Bank Gospodarstwa Krajowego – w kwocie 6 mln zł;

7) działanie z ust. 7 pkt 3 - koszty sporządzenia oceny dokumentów, o których mowa w ust. 8 pkt 1 lit. b, przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w kwocie 3 mln zł.

Program nie zakłada współfinansowania z innych źródeł, jednakże w wyniku jego realizacji oczekiwany jest spadek zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o ok. 2 900 mln zł.

UZASADNIENIE

Program „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” jest ustanawiany w celu wsparcia jednostek samorządu terytorialnego podejmujących działania dla poprawy promowania racjonalnych zasad gospodarowania w zakładach opieki zdrowotnej. Celem głównym Programu będzie wspieranie realizacji zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego nieobjętych kontraktami wojewódzkimi. Realizacja tych działań mogłaby być zagrożona w sytuacji ponoszenia przez jednostki samorządu terytorialnego dużego wysiłku organizacyjnego i finansowego przy wdrażaniu zmian organizacyjno-prawnych funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Z uwagi na powyższe powiązано wysokość wsparcia udzielanego w ramach Programu z wysokością przejętych przez jednostkę samorządu terytorialnego zobowiązań. Wprowadzenie Programu jest konieczne z uwagi na trudną i złożoną sytuację w systemie ochrony zdrowia wynikającą z nieefektywnej formy funkcjonowania jednostki ochrony zdrowia, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym należało podjąć interwencję na szczeblu ogólnokrajowym. Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007 – 2015 w ramach określonego Priorytetu 2. Poprawa Stanu Infrastruktury technicznej i społecznej bezpośrednio odnosi się do konieczności poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Program koresponduje również ze Strategią Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce w latach 2007 – 2013 przyjętą przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 r. W trakcie realizacji Programu przewidziano konieczność uzyskania dla planowanych działań pozytywnych ocen Banku Gospodarstwa Krajowego i Narodowego Funduszu Zdrowia (koszty związane ze sporządzeniem oceny dokumentów przez Bank Gospodarstwa Krajowego i Narodowy Fundusz Zdrowia, które warunkują udział w Programie, będą pokrywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie zawartej umowy ze środków przeznaczonych na realizację Programu), co przyczyni się do wyeliminowania działań przypadkowych i zwiększy racjonalność gospodarowania środkami publicznymi. Doświadczenie Banku Gospodarstwa Krajowego nabyte przy realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej stanowią gwarancję optymalnego wykonania obowiązków wynikających z Programu.

Program zakłada, możliwość skorzystania na takich samych zasadach z ustanowionych Programem narzędzi dla wszystkich jednostek samorządu terytorialnego. Pomoc jednostce samorządu terytorialnego udzielana jest w formie dotacji celowej z budżetu państwa.

Organem realizującym Program jest minister właściwy do spraw zdrowia. Wnioski o objęcie Programem będą składane do wojewody właściwego ze względu na siedzibę publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, iż najistotniejszym warunkiem uczestnictwa w Programie jest przygotowanie przez jednostkę samorządu terytorialnego programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia danej jednostki. Istotnymi elementami tego programu są zasady i harmonogram, z podanym terminem zakończenia likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz powołania spółki kapitałowej prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, w formie projektów uchwał organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego – zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) - rozporządzenie lub uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinny określać sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu, dalsze nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości, oraz termin zakończenia działalności, nie wcześniej niż 3 miesiące od daty wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały o likwidacji. Należy podkreślić, iż program reorganizacji może zakładać również inne rozwiązania (optymalne dla społeczności danej jednostki terytorialnej), tj. np. likwidację kilku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i utworzenie jednej spółki, względnie może nie przewidywać powołania spółki, o ile świadczenia zdrowotne można zabezpieczyć w innym zakładzie wskazanym w uchwale. Możliwe jest również utworzenie jednej spółki przez kilka jednostek samorządu terytorialnego.

Projektowi zmiany formy organizacyjno-prawnej zakładu opieki zdrowotnej winny towarzyszyć propozycje restrukturyzacji i spłaty zobowiązań jednostki samorządu terytorialnego powstałych w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Mogą one w szczególności przewidywać:

- zawarcie ugody obejmującej kwotę główną wszystkich zobowiązań cywilnoprawnych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, istniejących na dzień 31 grudnia 2008 r. oraz odsetki naliczone do dnia zawarcia ugody; ugoda może być zawarta przez jednostkę samorządu terytorialnego albo być ugodą wielostronną zawieraną przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i jednostkę samorządu terytorialnego, jeżeli z jej postanowień będzie wynikać, że w chwili likwidacji samodzielnego

publicznego zakładu opieki zdrowotnej ugoda będzie nadal wiązała pozostałe podmioty i jednostkę samorządu terytorialnego, która będzie dokonywała spłaty zobowiązań zgodnie z ustaleniami tej ugody,

- zaciągnięcie przez jednostkę samorządu terytorialnego kredytów na spłatę przyjętych zobowiązań, które będą mogły być poręczane przez Bank Gospodarstwa Krajowego na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz.U. z 2003 r. Nr 174, poz. 1689, z późn. zm.).

W trakcie konsultacji społecznych zgłoszono postulat przekazania dotacji również jednostkom samorządu terytorialnego, które dokonały już procesu likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (oraz przejęły ich zobowiązania) i utworzyły spółki, które prowadzą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Propozycja została przyjęta, w zakresie możliwości uzyskania dotacji w wysokości przejętych zobowiązań publicznoprawnych.

Szacuje się, że zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego na koniec IV kwartału 2008 r. wyniosą 7,8 mld zł, z czego zobowiązania publicznoprawne: 2,0 mld zł (25,3%), a zobowiązania cywilnoprawne 5,8 mld zł (74,7%).

Zakłada się, że w wyniku programu przekształci się 30% wszystkich jednostek, w związku z czym całkowita wartość dotacji na spłatę zobowiązań publicznoprawnych wyniesie 594 mln zł.

Dotychczasowe doświadczenia postępowań ugodowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazują, że w ich wyniku zostaje umorzonych średnio 8% zobowiązań cywilnoprawnych. Koszt dotacji z tytułu umorzeń ustalonych w ugodzie wyniesie w związku z tym 88-163 mln zł.

Kwota pozostałych do spłaty zobowiązań z tytułu kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosi 1,24 mld zł. Daje to koszt całkowity 372 mln zł.

Przy przekazywaniu dotacji dla jednostek samorządu terytorialnego, które dokonały już zmiany formy organizacyjno prawnej szacunki te przedstawiają się następująco. Wartość przejętych zobowiązań ok. 252 zlikwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w tym 71 szpitali) wynosi ok. 1 mld (stan na 30.06.2008 r.), z tego zobowiązania

publicznoprawne to kwota ok. 252 mln. A zatem przy zastosowaniu tego parametru, jednostki samorządu terytorialnego, które przeprowadziły już proces „przekształceń” otrzymałyby 252 mln.

Dotacja celowa na pokrycie podatku od towarów i usług uiszczanego od wniesionego przez jednostkę samorządu terytorialnego aportu do spółki kapitałowej, nie spowoduje faktycznego zwiększenia kosztów realizacji Programu, gdyż środki finansowe wypłacone w formie dotacji będą równe wysokości uiszczanego wcześniej podatku

Całkowite wydatki na realizację programu będą wahać się pomiędzy 1 306 – 1 381 mln zł. Na realizację umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i Bankiem Gospodarstwa Krajowego zabezpieczono kwotę 9 mln zł.

Wysokość środków finansowych zabezpieczonych dla realizacji Programu (1 381 mln zł) wynika z założenia, iż przekształceniom może poddać się ok. 30% jednostek działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wyliczenia skutków finansowych dokonano przy założeniach, że: zobowiązania publicznoprawne stanowią 25% wszystkich zobowiązań, stopa umorzeń w wyniku dokonywanych ugód zobowiązań cywilnoprawnych wyniesie 10%, zaś kwota zaciągniętych kredytów podlegających umorzeniu wynosi 1 240 mln zł. Podkreślić jednak należy, że wysokość przeznaczonych środków może ulec zmianie tak, aby zapewnić realizację wszystkich zgłoszonych i spełniających warunki Programu wniosków. Spełnienie wyżej wspomnianego celu możliwe będzie dzięki stałemu monitoringowi i corocznej ewaluacji Programu.

Program nie narusza przepisów o dopuszczalności pomocy publicznej.

Program był przedmiotem konsultacji społecznych z jednostkami samorządu terytorialnego oraz partnerami społecznymi i gospodarczymi zgodnie z ustawą z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. W dniu 23 kwietnia br. zostało zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia Sprawozdanie z przebiegu i wyników konsultacji Programu wieloletniego „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia.”

Umowa nr / 2009¹
z dnia

zawarta pomiędzy :

Powiatem Poddębickim, w imieniu którego działa Zarząd Powiatu w Poddębicach reprezentowany przez :

Pana Stanisława Ołasa – Starostę Poddębickiego,

Panią Danutę Pecynę – Wicestarostę,

zwanym dalej „Zamawiającym”,

a przedsiębiorcą p....., działającym pod firmą „TROMED”, z siedzibą :
90-244 Łódź, ul. Jaracza 100/43 wpisaną do rejestru pod numerem
....., reprezentowaną przez, której
oferta cenowa wybrana została przez Zarząd Powiatu w Poddębicach na posiedzeniu
w dniu 6 października 2009 roku, zwanym dalej „Wykonawcą”.

§ 1. CEL I ZAKRES UMOWY

1. Celem umowy jest:

- 1) objęcie Zamawiającego programem Rady Ministrów pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, uchwalonym Uchwałą nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27-04-2009r., zwanym dalej „Programem”,
- 2) dążenie stron umowy do spełnienia przez Zamawiającego warunków uczestnictwa w Programie, określonych w ust. 8 tego Programu,
- 3) doprowadzenie do zawarcia przez Zamawiającego umowy z Ministrem właściwym do spraw zdrowia na udzielenie dotacji celowej, o której mowa w Programie.

2. Mając na względzie wyżej określony cel, Zamawiający zleca Wykonawcy :

- 1) opracowanie Programu Reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na obszarze Powiatu Poddębickiego, zwanego dalej „Programem Reorganizacji”, zawierającego :
 - a) zasady i harmonogram :
 - likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, wraz z podanym terminem jej zakończenia,

¹ Umowa zawarta z pominięciem przepisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych, bowiem wartość przedmiotu zamówienia nie przekracza 14.000 EURO.

- powołania spółki kapitałowej prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej,

w formie projektów uchwał,

- b) analizę możliwych do uzyskania przychodów z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach utworzonego przez spółkę kapitałową,
- c) analizę ekonomiczno-finansową (biznesplan), określającą możliwości i niezbędne warunki dla funkcjonowania spółki kapitałowej w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisania Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego,
- d) sprawozdania finansowe Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach za trzy lata poprzedzające rok, w którym złożony będzie wniosek wraz z raportami i opiniami biegłego rewidenta, będącymi wynikiem badania sprawozdań finansowych,
- e) propozycję restrukturyzacji i spłaty zobowiązań Powiatu Poddębickiego powstałych w wyniku likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, propozycja ta powinna w szczególności przewidywać zawarcie ugód w przedmiocie wierzytelności cywilnoprawnych; ugoda lub ugody mogą być zawarte ze wszystkimi wierzycielami, grupą wierzycieli lub wierzycielem; ugoda lub ugody powinny obejmować kwotę główną zobowiązań cywilnoprawnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach i odsetki naliczone do dnia zawarcia ugody; ugoda może być zawarta przez Powiat Poddębicki albo być ugoda wielostronną zawieraną przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poddębicach i Powiat Poddębicki, jeżeli z jej postanowień będzie wynikać, że w chwili likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach ugoda będzie nadal wiązała wierzycieli i Powiat Poddębicki, który będzie dokonywał spłaty zobowiązań zgodnie z ustaleniami tej ugody; propozycje restrukturyzacji i spłaty zobowiązań Powiatu Poddębickiego mogą przewidywać zaciągnięcie przez ten Powiat kredytów na spłatę przyjętych zobowiązań, które po rozszerzeniu mechanizmu udzielania poręczeń, będą mogły być udzielane przez Bank Gospodarstwa Krajowego we własnym imieniu i na własny rachunek

na podstawie ustawy z dnia 8 maja 1997 roku o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2003 roku Nr 174 poz. 1689 z późniejszymi zmianami) ,

- 2) uzyskanie pozytywnej oceny Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie możliwości osiągnięcia przewidywanych przychodów ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 3) uzyskanie pozytywnej oceny Banku Gospodarstwa Krajowego w zakresie :
 - a) możliwości realizacji biznesplanu, o którym mowa w punkcie 1 lit. „c”, przy uwzględnieniu wniosków wynikających z oceny, o której mowa w punkcie 2,
 - b) ekonomiczno-finansowych aspektów propozycji restrukturyzacji i spłaty zobowiązań Powiatu Poddębickiego powstałych w wyniku likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach (w przypadku występowania przez Bank Gospodarstwa Krajowego o udzielenie dodatkowych informacji Wykonawca zobowiązany jest do przygotowania i udzielenia stosowanych wyjaśnień),
 - 4) sporządzenie i skierowanie do Wojewody Łódzkiego wniosku o objęcie Powiatu Poddębickiego Programem wraz z dokumentami, o których mowa w punktach od 1 do 3,
 - 5) obsługę formalno-prawną procesu likwidacji SP ZOZ, utworzenia spółki, a także utworzenia przez spółkę zakładu opieki zdrowotnej,
 - 6) obsługę formalno-prawną wniosku do Wojewody Łódzkiego o objęcie Programem,
 - 7) obsługę formalno-prawną umowy zawieranej przez Zlecającego oraz Ministra właściwego do spraw zdrowia o dotację celową, o której mowa w Programie,
 - 8) monitorowanie realizacji Programu Reorganizacji oraz uzyskiwanie bieżących informacji o monitorowaniu Programu przez Ministra właściwego ds. zdrowia, w szczególności informacji o wydawanych wytycznych dotyczących sposobu spełnienia warunków udziału w postępowaniu.
3. Analizy, o których mowa w § 1 ust. 2, pkt. 1 lit. b i c będą udokumentowane zgodnie z wymogami Programu oraz związanych z nim interpretacji i zaleceń, a w szczególności wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Banku Gospodarstwa Krajowego - Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia

wyników prac w formie wymaganej przy realizacji Programu przez te instytucje i Wojewodę Łódzkiego.

§ 2. ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY DOTYCZĄCE CZĘŚCI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ

1. Wykonawca wykona przedmiot umowy z należytą starannością zawodową, zobowiązując się do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji, uzyskanych w trakcie realizacji zlecenia.
2. Wykonawca zastrzega, że celem analiz jest przygotowanie dokumentacji niezbędnej do udziału w Programie. Analizy będą przeprowadzone w zakresie niezbędnym do przedstawienia dokumentacji wymaganej przez Program. Umowa niniejsza nie obejmuje przeprowadzenia analiz w zakresie nie wymaganym przez Program. Jednakże, gdyby w trakcie realizacji zlecenia stało się oczywiste, że istnieją możliwości usprawnienia pracy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, Wykonawca przedstawi Zamawiającemu rekomendacje odpowiednich działań w odrębnym piśmie, jeśli taka będzie wola Zamawiającego.
3. W celu zapewnienia właściwej komunikacji Wykonawca wskaże osobę odpowiedzialną za koordynowanie wykonania umowy ze strony Wykonawcy. Wszelka dokumentacja będzie przekazywana na adres wskazanej osoby.

§ 3. ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY DOTYCZĄCE CZĘŚCI FORMALNO-PRAWNEJ

1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług prawnych w zakresie przedmiotu umowy, a w szczególności do :
 - 1) sporządzenia projektów aktów prawnych i wymaganych prawem pism i wniosków, niezbędnych do osiągnięcia celu określonego w § 1 umowy,
 - 2) audytowania dokumentów związanych z przedmiotem umowy przygotowanych przez Zamawiającego,
 - 3) doradztwa prawnego, w tym sporządzania opinii prawnych związanych z przedmiotem umowy.
2. Wykonawca postanowieniami niniejszej umowy przenosi na Zamawiającego autorskie prawa majątkowe do sporządzonych dokumentów formalno-prawnych na wszelkich polach eksploatacji.

§ 4. ZOBOWIĄZANIA ZAMAWIAJĄCEGO

1. Dla zapewnienia należytego wykonania przez Wykonawcę postanowień niniejszej umowy Zamawiający zapewni współpracę Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach w celu umożliwienia przedstawicielom Wykonawcy dostępu do wszelkich dokumentów, danych i materiałów źródłowych niezbędnych do wykonania dzieła, w tym dokumentacji ekonomiczno-finansowej oraz prawnej, a także wszystkich umów, których stroną jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, w sposób przez strony ustalony.
2. Wykaz niezbędnych dokumentów i danych, o których mowa w ust.1 stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Zamawiający wystawi pisemne upoważnienie do reprezentowania Zamawiającego przed NFZ oraz BGK w zakresie wynikającym z Umowy.
4. W celu zapewnienia właściwej komunikacji, Zamawiający wskaże osobę odpowiedzialną za koordynowanie wykonania umowy ze strony Zamawiającego. Wszelka dokumentacja będzie przekazywana na adres wskazanej osoby.
5. Zamawiający powoła likwidatora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. W terminie 7 dni od otrzymania analiz, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1 lit. b i c , Zamawiający zgłosi uwagi w celu wprowadzenia przez Wykonawcę korekt. Brak uwag oznacza, że Zamawiający akceptuje przedstawioną dokumentację. Brak uwag ze strony Zamawiającego nie wyłącza zobowiązania Wykonawcy do aktualizacji dokumentacji zgodnie z żądaniem Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Banku Gospodarstwa Krajowego, Wojewody Łódzkiego, Ministra Zdrowia.

§ 5. HARMONOGRAM PRAC

1. Wykonawca przedstawia szczegółowy Harmonogram Projektu Reorganizacji, stanowiący załącznik nr 2 do umowy. Do 10 dnia każdego miesiąca, po podpisaniu niniejszej umowy Wykonawca przedstawi pisemną informację na temat wykonania harmonogramu w miesiącu poprzednim, ze wskazaniem działań korygujących.
2. W razie modyfikacji zakresu wymagań przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub Bank Gospodarstwa Krajowego albo zmiany określonych przez te instytucje założeń (np. dotyczących inflacji, sytuacji gospodarczej i prognozowanych przychodów NFZ oraz wartości „kontraktów” z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki

Zdrowotnej w Poddębicach) Wykonawca zaktualizuje dokumentację w terminie 10 dni roboczych od przedstawienia zmienionych wymagań, chyba że wskazane instytucje ustalą termin wcześniejszy.

3. Wykonawca zobowiązuje się do opracowania Programu Reorganizacji w terminie 4 tygodni od dnia dostarczenia kompletu dokumentów i danych przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach zgodnie z wykazem, o którym mowa § 4 ust. 2, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, przestrzegając następujących zasad i harmonogramu czynności organizacyjnych:

1) likwidacja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, nie mniej niż 3 miesiące, nie więcej niż 6 miesięcy, obejmująca podjęcie uchwał przez organy Zamawiającego oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, powołanie likwidatora, czynności likwidacyjne dotyczące mienia i pracowników,

2) utworzenie spółki kapitałowej do 3 miesięcy licząc od dnia podjęcia przez Radę Powiatu w Poddębicach uchwały o utworzeniu spółki, w tym przekazanie ruchomości i nieruchomości po likwidowanym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, w jednej z form prawem przewidzianych oraz cesja umowy z Oddziałem Łódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia,

3) powołanie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach przez spółkę, o której mowa wyżej do 2 miesięcy od zarejestrowania spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym.

4. Podejmowanie czynności opisanych w ust. 3 niniejszego paragrafu uzależnione jest od działań organów Zamawiającego, Wojewody Łódzkiego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Banku Gospodarstwa Krajowego, sądów - Harmonogram wskazuje przypuszczalne terminy wykonania czynności, które weryfikowane będą działaniami ww. podmiotów.

§ 6. WYNAGRODZENIE

1. Wynagrodzenie za realizację usługi wynosi 35.000,00 zł brutto (słownie złotych : trzydzieści pięć tysięcy) i jest płatne na podstawie faktur częściowych wystawionych przez Wykonawcę zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4. W cenę wliczony jest podatek VAT w wysokości 22%.

2. Wynagrodzenie nie obejmuje kosztu wynagrodzenia likwidatora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach, powołanego przez Zamawiającego.
3. Faktury są płatne w terminie 21 dni od daty doręczenia faktury
4. Faktury zostaną wystawione w następujący sposób:
 - 1) na kwotę stanowiącą 50 % wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, tj. w kwocie nie większej niż 17.500,00 zł brutto (słownie złotych: siedemnaście tysięcy pięćset), w tym 22 % VAT, po wykonaniu Programu Reorganizacji i jego zaakceptowaniu w formie uchwały przez Radę Powiatu,
 - 2) na kwotę stanowiącą 20 % wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, tj. w kwocie nie większej niż 7.000,00 zł brutto (słownie złotych : siedem tysięcy), w tym 22 % VAT, po wydaniu przez NFZ, BGK, Wojewodę Łódzkiego i Ministra Zdrowia pozytywnych opinii dla Programu reorganizacji,
 - 3) na kwotę stanowiącą 30 % wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, tj. w kwocie nie większej niż 10.500,00 zł brutto (słownie złotych : dziesięć tysięcy pięćset), w tym 22 % VAT, po przekazaniu przez Ministra Zdrowia dotacji celowej, która spełnia warunki uczestnictwa w Programie.

§ 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wykonawca nie ponosi winy za opóźnienie w terminie wykonania przedmiotu umowy w przypadku opóźnienia wynikłego z winy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Poddębicach.
2. Ewentualne zmiany niniejszej umowy będą dokonywane w formie pisemnej w postaci aneksów do umowy, pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, w szczególności przepisy dotyczące odstąpienia od umowy.
4. Wszelkie spory wynikające z realizacji powyższej umowy rozstrzygane będą w miarę możliwości polubownie, a w przypadku nie osiągnięcia porozumienia przez Sąd powszechny właściwy dla siedziby pozwanego.

Zamawiający :

Wykonawca: