



**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu**

Wrocław, dnia 11 grudnia 2009 r.

**Pani  
Barbara Kosak  
Dyrektor  
„Mikulicz” Niepubliczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Świebodzicach**

LWR-410-22-04/2009  
P/09/090

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup> zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura we Wrocławiu przeprowadziła kontrolę w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Mikulicz” w Świebodzicach, zwanym dalej „NZOZ” w zakresie funkcjonowania Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego (ZOL) w latach 2007 - 2009 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokóle kontroli, podpisanym w dniu 15 października 2009 r. Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, w tym szczególnie w naliczaniu odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie pacjentów.

1. ZOL, funkcjonujący od 1 stycznia 2008 r., jako jednostka organizacyjna NZOZ, dysponował w badanym okresie 30 miejscami. W latach 2008 -2009 (I półrocze) przebywało w Zakładzie od 12 do 30 pacjentów. Według stanu na 30 czerwca 2008 r. w ZOL było 25 pacjentów, w tym 21, których leczenie było współfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdro-

---

<sup>1</sup> Dz. U z 2007 r. Nr 231, poz.. 1701 ze zm.

wia (NFZ) i 4 tzw. *komercyjnych*, a na 30 czerwca 2009 r. - 30 pacjentów, w tym 24 współfinansowanych przez NFZ i 6 komercyjnych. Pacjenci byli przyjmowani w latach 2008-2009 (I półrocze) tylko na pobyt czasowy (do 6 miesięcy), a faktyczny czas ich leczenia wynosił w 2008 r. dla 92 pacjentów - do 6 miesięcy i dla 6 pacjentów - od 6 do 12 miesięcy.

W I półroczu 2009 r. faktyczny czas przebywania pacjentów w ZOL wynosił: dla 42 pacjentów - do 6 miesięcy, dla 9 pacjentów - od 6 do 12 miesięcy oraz dla 6 pacjentów - od 12 do 18 miesięcy.

Tryb przyjmowania pacjentów do NZOZ został określony w regulaminie porządkowym ZOL z 2 stycznia 2009 r. i uwzględniał przyjmowanie pacjentów na podstawie decyzji wydanej przez dyrektora NZOZ, w porozumieniu z lekarzem Zakładu, w oparciu o analizę dokumentacji medycznej załączonej do wniosku o przyjęcie do ZOL. Decyzje o przedłużeniu czasu pobytu w ZOL, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta, podejmował dyrektor NZOZ, po uzyskaniu wymaganej zgody NFZ, stosownie do uregulowań zawartych w zarządzeniach Prezesa NFZ<sup>2</sup> określających warunki zawierania i realizacji umów w zakresie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

W badanym okresie większość pacjentów była przyjmowana do ZOL w ciągu 3 miesięcy od wpływu wniosku o przyjęcie do Zakładu (69 przypadków). W latach 2008-2009 (I półrocze) nie wystąpiły przypadki przyjmowania do ZOL osób, które nie miały dochodu, ani też przypadki kierowania pacjentów postanowieniami sądu.

Pomimo podpisania w latach 2008 i 2009 umów z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ na świadczenie usług pielęgnacyjnych i leczniczych, w ZOL nie były w pełni przestrzegane uregulowania zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach<sup>3</sup>, zwanym dalej *rozporządzeniem w sprawie kierowania do zol*.

W latach 2008-2009 (I półrocze) do ZOL przyjmowano pacjentów na podstawie decyzji kierownika NZOZ, karty kwalifikacji oraz wywiadu pielęgniarzkiego przeprowadzonego przez pielęgniarkę, lecz nie środowiskową (rodzinną) albo pielęgniarkę społeczną zakładu

---

<sup>2</sup> nr 61/2007/DSOZ z 19 września 2007r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa (obowiązujące do 5 sierpnia 2008 r. dla umów na 2008 r.), nr 53/2008/DSOZ z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa (obowiązujące od 6 sierpnia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r. dla umów na 2008 r.), nr 96/2008/DSOZ z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna (obowiązujące od 23 października 2008 r. dla umów na 2009 r.)

opieki zdrowotnej, w którym przebywała osoba ubiegająca się o skierowanie do Zakładu, do czego zobowiązywał przepis § 1 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie kierowania do zol.

Ponadto w dokumentacji związanej z przyjęciem pacjentów do ZOL brak było wymaganych przepisem § 1 ust.1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie kierowania do zol dokumentów stwierdzających wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie.

W ZOL prowadzono listę osób oczekujących na przyjęcie – wymaganą przepisem § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie kierowania do zol, w której uwzględniono wpisy obejmujące: datę złożenia wniosku o przyjęcie do zakładu, datę przyjęcia do zakładu, datę wpisu na listę oczekujących, powód nieprzyjęcia w okresie do 3 i 12 miesięcy od wpływu wniosku, lecz kierownik ZOL nie przestrzegał określonego w § 3 ust. 5 tego rozporządzenia obowiązku pisemnego zawiadamiania osób oczekujących na przyjęcie o terminie przyjęcia do zakładu.

Według wyjaśnień złożonych przez Panią Dyrektora przepisy ww. rozporządzenia wydane na podstawie art.34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>4</sup> dotyczą publicznych zakładów opieki zdrowotnej i tym samym nie mają zastosowania w NZOZ będącym niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej.

**2.** Przeprowadzona przez kontrolerów Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w uzgodnieniu z NIK, kontrola prawidłowości kwalifikowania pacjentów do świadczeń, w tym medycznego uzasadnienia przyjmowania pacjentów poza kolejnością potwierdziła zasadność przyjęcia w trybie pilnym, z pominięciem listy oczekujących, 22 osób w 2008 r. i 11 osób w I półroczu 2009 r. Ponadto według ustaleń kontroli NFZ w dokumentacji medycznej pacjentów znajdowały się: wnioski o przyjęcie do zakładu wraz z częścią załączników wymaganych rozporządzeniem w sprawie kierowania do zol<sup>5</sup>, decyzje o przyjęciu do zol oraz zgody na przedłużenie pobytu wydane przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ.. Do zakładu byli przyjmowani pacjenci, których stan samoobsługi według skali Barthel - w każdym przypadku - był oceniany na 40 punktów lub mniej wg zmodyfikowanej skali Barthel. Kontrola Oddziału NFZ wykazała także, że w dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych do ZOL znajdowała się wymagana, zarządzeniami Prezesa NFZ, liczba kart kwalifikacyjnych pacjenta do udzielania świadczeń w zakładzie, co potwierdzało dokonywanie oceny stanu samoobsługi

---

<sup>3</sup> D. U. z 1998 r. Nr 166, poz. 1265

<sup>4</sup> Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.

<sup>5</sup> w dokumentacji znajdowały się: zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji i wywiad pielęgniarstwa.

pacjentów z częstotliwością wymaganą w tych zarządzeniach. Sposób dokumentowania stanu samoobsługi pacjentów w 2009 r. nie budził zastrzeżeń kontrolerów Oddziału NFZ.

W latach 2008-2009 (I półrocze) stwierdzono 10 przypadków hospitalizacji 9 pacjentów, w tym 9 w 2008 r., z czego dla 1 pacjenta dwukrotnie i 1 przypadek w I półroczu 2009 r. Pobyt w szpitalach w 9 przypadkach trwał od 3 do 21 dni, a w 1 przypadku (w I półroczu 2009 r. pacjent nie powrócił z hospitalizacji. W badanym okresie nie stwierdzono przypadków udzielania pacjentom przepustek.

**3** W badanym okresie limity świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych określone w umowach zawartych z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ zostały wykorzystane w pełni. W 2008 r. rozliczono wykonanie świadczeń zdrowotnych w liczbie 9.281,4 osobodni o wartości łącznej 474,4 tys. zł, co stanowiło 99,5% liczby osobodni i 99,6% wartości łącznej świadczeń określonych umową na ten rok, a w I półroczu 2009 r. rozliczono wykonanie świadczeń zdrowotnych w liczbie 3.159,8 osobodni o wartości łącznej 210,1 tys. zł, tj. 100,0% umownej liczby osobodni i umownej wartości tych świadczeń.

Należy zauważyć, że środki finansowe z umów zawartych z Oddziałem NFZ pozwalały na sfinansowanie świadczeń średnio dla 14 pacjentów miesięcznie, a w wyniku podpisywania aneksów do umów okresowo rozliczane były tzw. nadwykonania tj. nierozliczone przez NFZ wykonanie świadczeń zdrowotnych z miesięcy poprzednich.

Analiza rozliczeń z Oddziałem NFZ z tytułu realizacji umów na świadczenia opiekuńczo-lecznicze za lata 2008-2009 (I półrocze) przeprowadzona w trakcie kontroli wykazała:

- zawiżenie w kwocie 11.185,30 zł z tytułu wykazywania wykonania świadczeń przed okresem obowiązywania umowy, tj. przed 26 stycznia 2009 r. (168,2 osobodni x 66,50 zł/osobodzień),
- zawiżenie w kwocie 1.740 zł (30 osobodni x 58,00 zł/osobodzień) z tytułu podwójnego rozliczenia we wrześniu i grudniu 2008 r. tego samego pacjenta,
- zaniżenie w kwocie co najmniej 2.101,07 zł w związku z nie uwzględnieniem w rozliczeniach finansowania 15% wartości osobodnia w przypadku pobytu pacjentów zol w szpitalu.

Ponadto w toku kontroli stwierdzono występowanie rozbieżności danych dotyczących osobodni pobytu w ZOL w 2008 r. i w I półroczu 2009 r. ujętych w załącznikach do faktur wystawionych NFZ za realizację usług opiekuńczo-leczniczych oraz w sprawozdaniach przekazywanych elektronicznie do NFZ.

4. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia stosowaną w ZOL procedurę pobierania od pacjentów, których leczenie było współfinansowane przez NFZ, odpłatności z tytułu zakwaterowania i wyżywienia. W badanym okresie w oparciu o zarządzenia Prezesa Zarządu Spółki nr 2/2008 z dnia 8 stycznia 2008 r., nr 14/2008 z dnia 15 kwietnia 2008 r. oraz zarządzenia Dyrektora NZOZ nr 1/2009 z 26 stycznia 2009 r. została ustalona wysokość opłat dziennych od pacjentów za pobyt w ZOL w kwotach kolejno: 30 zł (od stycznia do kwietnia 2008 r.), 35 zł (od maja 2008 r. do stycznia 2009 r.) i 40 zł (od lutego 2009 r.). Dla pacjentów komercyjnych wysokość tej opłaty ustalono w kwocie 80 zł dziennie. Zgodnie ze stosowaną w NZOZ praktyką z pacjentami bądź osobami ich reprezentującymi podpisywane były „umowy o świadczenie usług medycznych w ZOL współfinansowanych w ramach NFZ”, w których ustalano okres trwania umowy i dzienną odpłatność za zakwaterowanie i wyżywienie, płatną z góry w dniu zgłoszenia się do ZOL z możliwością jej rozłożenia na raty.

Według wyjaśnień złożonych przez Panią Dyrektora wprowadzenie opłaty za pobyt i wyżywienie pacjenta w ZOL wynikało z rzeczywistych kosztów ich wyżywienia i zakwaterowania, a umowy w sprawie stosowania opłat były zawierane dobrowolnie.

Działania powyższe odbiegały od zasad odpłatności określonych w art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym osoba przebywająca w zol ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, a miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Nie uwzględniały również zasad określonych w § 6 rozporządzenia w sprawie kierowania do zol, w myśl których miesięczna opłata za pobyt w zol ustalana jest na okres roku z zastrzeżeniem, że zmiany tej opłaty wprowadza się po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w zakładzie.

Wprawdzie w złożonych wyjaśnieniach przedstawiła Pani Dyrektora pogląd, że art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczy publicznych zakładów, a nie NZOZ, niemniej NIK zauważa, że niezależnie od wyżej przywołanych przepisów zasady ustalania odpłatności z tytułu kosztów wyżywienia i zakwaterowania świadczeniobiorcy przebywającego w zol zostały również określone w art. 18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup>. Stosownie do wyżej przywołanego przepisu, miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że nie może ona być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego do-

chodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

W ocenie NIK, NZOZ podpisując umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgnacyjnych i leczniczych w latach 2008-2009 (I półrocze) i korzystając ze środków publicznych w związku z ich realizacją wykonywał zadania publicznego ZOZ, tym samym był zobowiązany m.in. do przestrzegania ww. przepisów regulujących zasady odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie świadczeniobiorców przebywających w ZOL. Ustalanie tych opłat w sposób odmienny od określonego w ww. przepisach było działaniem nielegalnym.

Stosując odmiennie rozwiązania w zakresie odpłatności za pobyt pacjentów w ZOL, nie zapewniono również dołączania do wniosku o przyjęcie dokumentacji potwierdzającej wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie. W tej sytuacji możliwość sprawdzenia, w toku kontroli, prawidłowości ustalenia wysokości opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie była ograniczona do 4 pacjentów za okres od 1 marca do 30 czerwca 2009 r., z których w 3 przypadkach stwierdzono zawyżenie opłaty (przekroczenie granicy 70% miesięcznego dochodu pacjenta) w tym okresie na łączną kwotę 4.680,04 zł.

**5.** Średnia odpłatność pacjentów za osobodzień z tytułu zakwaterowania i wyżywienia wynosiła w latach 2008 i w I półroczu 2009 r. odpowiednio: 33,65 zł i 38,95 zł, a koszty funkcjonowania ZOL (bez wydatków na remonty) w przeliczeniu na 1 osobodzień kształtowały się w tym okresie na poziomie odpowiednio: 109,18 zł i 108,30 zł. Ponoszone przez ZOL koszty w przeliczeniu na 1 osobodzień były wyższe o 10,59 zł w 2008 r. i o 14,60 zł w I półroczu 2009 r. od sumy średniej opłaty wniesionej przez pacjentów ZOL i stawek rozliczonych z Oddziałem NFZ. W wyniku tych relacji ZOL ponosił w latach 2008-2009 (I półrocze) stratę w kwotach kolejno: 77,3 tys. zł i 56,0 tys. zł. W badanym okresie ZOL ponosił stratę także na wykonywaniu tych samych świadczeń dla pacjentów niewspółfinansowanych z NFZ. Łączna strata na działalności ZOL w 2008 r. wyniosła 112,4 tys. zł, a w I półroczu 2009 r. 82,1 tys. zł.

Stan zatrudnienia pracowników ZOL był zgodny z wymogami określonymi w obowiązujących w badanym okresie zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa oraz w umowach zawartych na finansowanie tych świadczeń. Zwrócenia uwagi wymaga tylko fakt znacznej fluktuacji personelu medycznego, w tym szczególnie pielęgniarstwa i terapeutycznego.

**6.** ZOL na ogół spełniał standardy określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem facho-

---

<sup>6</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

wym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej<sup>7</sup>, a uchybienia w tym zakresie dotyczyły wyłącznie przypadków nie zapewnienia dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, wymaganego przepisem § 21 ww. rozporządzenia. Ponadto dopiero 12 czerwca 2008 r., tj. po upływie ponad pół roku od rozpoczęcia działalności ZOL (NZOZ), uzyskał postanowienie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świdnicy (nr 122/08) stwierdzające, że część pomieszczeń i urządzeń przeznaczonych dla tego zakładu, znajdujących się na I i II piętrze budynku, w którym utworzono ZOL, spełnia wymagania określone w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura we Wrocławiu wnosi o:

1. *Doprowadzenie do wypełniania zobowiązań umownych, szczególnie w zakresie:*
  - *pisemnego powiadamiania osób oczekujących na przyjęcie do ZOL o terminie przyjęcia do zakładu,*
  - *żądania dokumentów potwierdzających dochody pacjentów i naliczania w oparciu o nie opłat za zakwaterowanie i wyżywienie w czasie leczenia w zakładzie,*
  - *zwrot nienależnie pobranych opłat za zakwaterowanie i wyżywienie pacjentów ZOL z lat 2008-2009 (I półrocze), których leczenie było współfinansowane przez NFZ.*
2. *Zapewnienie zgodności sprawozdań elektronicznych, stanowiących podstawę rozliczeń z NFZ, z załącznikami do faktur obciążających NFZ z wykonanych świadczeń zdrowotnych w ZOL oraz uwzględnianie w nich zasad rozliczania osobodni świadczeń zdrowotnych, szczególnie związanych z hospitalizacją pacjentów ZOL, określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.*
3. *Dokonanie korekt rozliczeń z NFZ o wykazane zawyżenia we wrześniu 2008 r. i styczniu 2009 r.*

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, zwraca się do Pani Dyrektora o przesłanie, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

---

<sup>7</sup>(Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.)

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.