

Standardy zakwaterowania i żywienia w SPZOZ
w ujęciu komercyjno-prawnym

Łóżka lepsze i gorsze



Czy możliwe jest różnicowanie warunków zakwaterowania i żywienia pacjentów w SPZOZ? Fundamentalne znaczenie ma pytanie, czy istnieje normatywnie określony standard pobytu w szpitalu dotyczący zakwaterowania i żywienia. A co za tym idzie – czy można mówić o ponadstandardowych warunkach pobytu, które podmiot leczniczy mógłby oferować na komercyjnych zasadach.

Wskazówek należy szukać w dwóch najważniejszych aktach normatywnych dotyczących tego zagadnienia – ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej zwanej ustawą leczniczą) oraz ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (dalej zwanej ustawą o świadczeniach). Regulacje tych dokumentów nie są w pełni skorelowane.

Świadczenia towarzyszące

Ustawa o świadczeniach, mająca zasadnicze znaczenie dla określenia zasad wykorzystywania pieniędzy publicznych w opiece zdrowotnej, posługuje się pojęciem „świadczenia opieki zdrowotnej”, na które składają się świadczenia zdrowotne, zdrowotne rzeczowe i towarzyszące. W omawianym kontekście istotne jest przede wszystkim pojęcie „świadczeń towarzyszących”, które obejmuje zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub dziennej oraz usługi transportu sanitarnego. Już w art. 1 ustawy określono warunki i zakres świadczeń opieki zdrowotnej. Nie ustalono ich natomiast w odniesieniu do świadczeń towarzyszących – jedynie fragmentarycznie mówi się o konieczności wnoszenia opłat za zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym, w zakładzie rehabilitacji leczniczej czy też sanatorium uzdrowiskowym (vide: art. 18 ust. 1 i 2 oraz art. 33 ust. 3 ustawy).

W ustawie leczniczej z kolei największe znaczenie ma pojęcie „świadczenie zdrowotne”. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Rodzajami działalności leczniczej są m.in. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Te zaś mogą polegać na zapewnieniu pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia (art. 9 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy). Pojęcie to ma więc inny zakres niż w ustawie o świadczeniach.

Ustawa lecznicza, szerzej niż ustawa o świadczeniach, odnosi się do warunków pobytu w szpitalu. Stanowi bowiem, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą winny odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności oraz zakresu świadczeń (art. 22 ust. 1). Wskazuje także, iż wymagania względem pomieszczeń dotyczą – w szczególności – warunków przestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych (art. 22 ust. 2), przy czym wymagania te winny być ustalone tak, by zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Należy ponadto wziąć pod uwagę rodzaj działalności i zakres świadczeń (art. 22 ust. 3). Warunki winny być szczegółowo opisane w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy, którego notabene nie ma. Mimo że ustawa w sposób bezpośredni i szczegółowy nie opisuje standardów pobytu, lecz opiera się jedynie na klauzulach generalnych, nie sposób przyjąć, iż w ogóle nie został określony normatywnie standard minimalny pobytu w jednostce leczniczej. Natura hospitalizacji i zróżnicowanie sytuacji pacjentów

wymusza stosowanie klauzul otwartych. Brzmienie wskazanych powyżej przepisów pozwala sformułować wnioski, iż tzw. standard obejmuje warunki niezbędne do procesu leczenia. Należy przyjąć, iż warunki muszą być higieniczne, sale chorych odpowiednio ogrzane i wyposażone w niezbędny sprzęt sanitarny oraz medyczny – standard ten zatem istnieje w wymiarze bezpieczeństwa pacjenta i skuteczności procesu leczenia. Pojawia się jednak pytanie, czy można zróżnicować zakwaterowanie i uzależniać korzystanie z określonego standardu od wniesienia opłaty, o ile standard wykracza poza zaspokojenie potrzeb pacjenta adekwatne do jego stanu zdrowia.



foto: 123RF

„ Poznański szpital ginekologiczny pobierał dodatkowe opłaty od pacjentek, które chciały rodzić w jednoosobowej sali. Praktyka ta została zakwestionowana przez Najwyższą Izbę Kontroli ”

Doktryna

Część doktryny traktuje publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako zakłady administracyjne, w których statut określa organizację wewnętrzną, kompetencje jego organów, natomiast regulamin – prawa i obowiązki użytkowników oraz sposób korzystania z tych praw. Ponieważ ani ustawy, ani wydane do nich rozporządzenia wykonawcze nie regulują precyzyjnie standardów dotyczących wyżywienia i zakwaterowania, można przyjąć, iż kierownik SPZOZ jest władny ustalić w regulaminie, iż dane warunki zakwaterowania czy wyżywienia będą dostępne odpłatnie.

Swoboda kierownika będzie jednak ograniczona m.in. treścią umowy z NFZ. Usługi zakwaterowania zakontraktowane z płatnikiem będą stanowić podstawowe świadczenia opieki zdrowotnej, które muszą zostać zapewnione wszystkim pacjentom. Wydaje się, że nie ma jednak przeszkód, aby szpital dysponował np. łózkami o wyższym standardzie, zakupionymi z wypracowanych lub zaoszczędzonych pieniędzy, i oferował je pacjentom za dopłatą. Innego zdania był Sąd Najwyższy (SN), który w wyroku z 2 lipca 2004 r. wyraził pogląd, że wprowadzenie ponadstandardowych warunków pobytu w szpitalu byłoby możliwe w sytuacji, gdyby ustawo-

datkowych opłat. W istocie zatem uznał, że względy organizacyjne uniemożliwiają pobieranie opłat. Nie sposób się zgodzić, że wskazany czynnik może uniemożliwiać realizację wynikającego z ustawy prawa do zarobkowania SPZOZ. Nadto problemy wskazane przez SN mogą z pewnością zostać rozwiązane poprzez wprowadzenie rozwiązań opartych na rzetelnych wyliczeniach ekonomicznych. Utrudnienia techniczne nie mogą bowiem przeszkadzać w realizacji praw i wolności gwarantowanych konstytucyjnie. Trzeba przy tym podkreślić, iż orzeczenie to zapadło pod rządami nieobowiązującej dziś ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.



„ Na możliwości polepszenia standardu zależy zarówno szpitalom, jak i osobom hospitalizowanym ”

foto: iStockphoto

wo zostały określone warunki standardowe (m.in. w zakresie żywienia, pomieszczeń szpitalnych, warunków sanitarnych i obsługi pielęgniarskiej). Sąd stwierdził, że podział na standardowe i ponadstandardowe warunki pobytu nie znajduje uzasadnienia w obowiązującym (wówczas) ustawodawstwie. W komentowanym orzeczeniu napisano, że wprowadzenie pozaustawowych rozwiązań dotyczących finansowania pobytu pacjentów w szpitalach grozi pomieszczeniem pieniędzy publicznych z „prywatnymi”, pobieranymi na podstawie indywidualnych umów, a tym samym mogłoby prowadzić do naruszenia zasady równego dostępu do świadczeń. Sąd Najwyższy podkreślił, że w wypadku tworzenia tzw. ponadstandardowych warunków pobytu nie ma pewności, czy w ZOZ, którego podstawą funkcjonowania są kontrakty finansowane z pieniędzy publicznych, koszty ponadstandardowego pobytu zostaną pokryte wyłącznie z do-

Wyżywienie

Stosunkowo prosty do rozwiązania wydaje się problem standardu żywienia. W wielu szpitalach funkcjonują bowiem punkty gastronomiczne czy restauracje, w których pacjenci mogą się stołować. Część placówek korzysta z *outsourcingu* w zakresie zapewnienia żywienia. Skoro zatem mają ustaloną stawkę za posiłek, za niesprecznie z prawem należy uznać umożliwienie im odpłatnego dostarczenia posiłków nieobjętych standardowym menu. Pacjenci zachowaliby równy dostęp do świadczenia towarzyszącego, jakim jest żywienie, gdyż każdemu gwarantowano by minimalny standard, w standardzie zaś podwyższonym konieczna byłaby dopłata.

Zakwaterowanie

Praktyczne różnicowanie sytuacji w zakresie zakwaterowania może być niezwykle trudne i powodować na-

ruszenie zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dobry przykład to tworzenie sal jednoosobowych i udostępnienie ich za dodatkową opłatą, co prowadzi do redukcji liczby hospitalizacji i ograniczenia dostępu do świadczeń. Takie praktyki zdarzają się w Polsce. Na przykład szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Świętej Rodziny w Poznaniu pobierał dodatkowe opłaty od pacjentek chcących rodzić w jednoosobowej sali. Praktyka ta została zakwestionowana przez Najwyższą Izbę Kontroli, która uznała ją za naruszającą zasadę równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Różnicowanie w zakresie jakości zakwaterowania (np. widok z okna, wyposażenie sali w udogodnienia, dostępność bezprzewodowego internetu czy tak banalne kwestie, jak korzystanie z gniazd elektrycznych) w istocie dotyczy tego, co rozumiemy pod pojęciem „zakwaterowanie”. Trzeba postawić pytanie, czy szpital należy traktować wyłącznie jako lecznicę, skupiającą się tylko na aspektach dotyczących procesu leczenia, czy też jako placówkę uwzględniającą wszystkie potrzeby pacjenta w trakcie hospitalizacji. Wydaje się, że w cywilizowanym demokratycznym państwie można wymagać, i takie też zdają się być społeczne oczekiwania, by szpital zapewniał warunki godnego pobytu. Oczywiście, jest to klauzula na tyle ogólna, że przyjęcie takiego modelu zapewne spowodowałoby więcej problemów praktycznych aniżeli pożytku. Wydaje się, że chodzi o zagwarantowanie takiego standardu pobytu, aby człowiek żyjący w XXI w. mógł zaspokajać swoje podstawowe potrzeby. Czy zatem możliwość korzystania z gniazda elektrycznego powinna być standardem, czy też wykracza poza potrzeby związane z hospitalizacją? A jeżeli uznamy, że jest standardem – czy chodzi tylko o umożliwienie korzystania z gniazda elektrycznego, czy bezwarunkową możliwość korzystania z energii (np. wyłączając wprowadzanie opłat)?

Energia

Autor niniejszego tekstu skłania się ku koncepcji, by pacjenci publicznego szpitala mogli korzystać z energii elektrycznej w celu zasilenia własnego telefonu komórkowego czy laptopa, co nie oznacza przyznania im uprawnień do bezpłatnego korzystania z sieci elektrycznej. Szpital ma bowiem zapewnić możliwość korzystania z urządzeń (czyli zakwaterować pacjenta w sali, w której będzie to możliwe), ale uzależnić pobieranie energii od uiszczenia stosownej opłaty.

Pojawiają się opinie, że taka praktyka jest nielegalna, przede wszystkim dlatego, że szpital nie ma uprawnień (koncesji) do obrotu energią elektryczną. Należy jednak stwierdzić, że nie można *prima facie* uznać, że pobieranie opłat jest bezprawne *in genere*, zwłaszcza że z zasady placówki te nie dysponują koncesją na obrót energią elektryczną. Prawo energetyczne nie wymaga koncesji na obrót energią elektryczną za pomocą instalacji o napięciu poniżej 1 kV będącej własnością odbiorcy,

o ile roczna wartość obrotu nie przekracza równowartości 100 000 euro (art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy). Podnosi się także, że korzystanie z energii elektrycznej musi być opomiarowane. Z tym poglądem także nie można się zgodzić, ponieważ, jak zostało już powiedziane powyżej, szpital nie będzie dokonywał (w założeniu) koncesjonowanego obrotu energią elektryczną. Może pobierać opłatę za usługę: chory konsumuje nie tylko energię elektryczną, lecz także korzysta z infrastruktury szpitala, z jego sieci (opłata ryczałtowa).

Podwyższony standard

Na problem dopuszczalności pobierania opłat za określony standard pobytu i możliwości korzystania z pewnych udogodnień należy spojrzeć także z perspektywy praw pacjenta. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta określa prawa chorego m.in. w odniesieniu do podmiotów udzielających świadczeń. Uprawnienia, o których mowa, mają w zdecydowanej większości charakter praw. Z ich poszanowaniem wiąże się nie tylko obowiązek określonego świadczenia materialnego (prawo do informacji, prawo do zachowania w tajemnicy informacji na temat pacjenta, prawo do intymności etc.). Należy zwrócić uwagę na art. 39 tejże ustawy, zgodnie z którym chory przebywający w placówce leczniczej udzielającej całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, a taką jest szpital, ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, a koszty realizacji tego prawa ponosi tenże podmiot. Ustawa stanowi zatem wprost, jaka kategoria świadczeń związanych z procesem leczenia, niebędących świadczeniami zdrowotnymi, ma obciążać zakład opieki zdrowotnej. *A contrario* – realizacja innych uprawnień, wiążących się z obowiązkiem świadczenia na rzecz pacjenta, nie powinna obciążać szpitala, a zatem umożliwia mu pobieranie opłat od świadczeniobiorców.

Zaprezentowane powyżej poglądy mają stanowić przyczynek do dyskusji na temat komercyjnych aspektów funkcjonowania SPZOZ. Trudna sytuacja ekonomiczna polskich szpitali funkcjonujących w formule placówek publicznych nieustannie zmusza je do poszukiwania sposobów pozyskiwania pieniędzy. Niewykluczone, że niebawem SPZOZ-y będą sięgały do kieszeni pacjentów, oferując im świadczenia okołomedyczne podnoszące standard pobytu w placówce. Wskazana w tekście koncepcja możliwości stosowania takich praktyk (z zachowaniem określonych wymogów) bazuje w głównej mierze na wykładni celowościowej przepisów. Trzeba podkreślić, że na możliwości polepszenia standardu zależy zarówno szpitalom, jak i osobom hospitalizowanym. Konieczne jest oparcie komercyjnego funkcjonowania szpitala na precyzyjnych instrumentach ekonomicznych, aby uniknąć ewentualnych zarzutów o mieszanie pieniędzy publicznych z prywatnymi.

Paweł Brzezicki