

KATARZYNA RYBARCZYK

## Hospitalizacja pacjenta „hotelowego” – wybrane problemy

### Wprowadzenie

Podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielają stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, stają niekiedy w obliczu problemu w postaci przedłużającego się w sposób nieuzasadniony pobytu niezdolnego do samodzielnej egzystencji pacjenta, którego rodzina nie przejawia chęci sprawowania nad nim opieki w domu. Nie są to sytuacje nagminne, lecz zdarza się niestety, że osoby najbliższe starają się przerzucić ciężar tej opieki na podmiot udzielający świadczeń pacjentowi. Przejawia się to w utrudnianiu, lub wręcz odmowie odebrania chorego w związku z wypisem spowodowanym brakiem konieczności dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakładzie leczniczym, w którym udzielane są świadczenia szpitalne albo całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Zachowania takie motywowane są różnymi powodami. Ich nasilenie ma miejsce zwłaszcza w okresach urlopowych, kiedy to najbliższa rodzina ze względu na wyjazd nie może zapewnić całodobowej opieki nad pacjentem. Tymczasem nawet w przypadku pacjentów, którzy wymagają stałej opieki, podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą obejmującą całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne ma prawo ich wypisać, gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym (art. 29 ustawy o działalności leczniczej<sup>1</sup>). Stan zdrowia osoby, której udzielane są świadczenia

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 15 IV 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 160 ze zm.), dalej „ustawa” lub „u.d.l.”.

zdrowotne w trybie stacjonarnym i całodobowym, może nie uzasadniać dalszego leczenia, mimo że jednocześnie nie jest możliwa samodzielna egzystencja pacjenta. Choć może wydawać się to dziwne, to jednak okoliczności te nie wykluczają się.

Podmioty, które udzielają stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, nie są jednak całkowicie bezradne w takich sytuacjach. Regulacja, która ma zapobiegać takim zachowaniom i zdyscyplinować członków rodziny do sprawowania opieki nad osobą, która takiej pomocy wymaga, zawarta jest w art. 30 ustawy o działalności leczniczej. Przejawia się ona w obowiązku spoczywającym na ściśle określonym przez przepisy kręgu osób odebrania pacjenta z podmiotu, który udzielał świadczeń zdrowotnych, i możliwości zorganizowania przez ten podmiot transportu sanitarnego na koszt gminy, lecz z prawem regresu w stosunku do tych osób<sup>2</sup>. Dodatkowym czynnikiem mającym zmobilizować do odebrania chorego jest, niezależny od wynikającego z ubezpieczenia zdrowotnego prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązek ponoszenia kosztów przedłużonego pobytu pacjenta.

Użyty w tytule artykułu zwrot „pacjent hotelowy” nie jest pojęciem zdefiniowanym przez obowiązujące przepisy. Jest to zwrot stosowany w praktyce podmiotów wykonujących działalność leczniczą, opisujący osobę przebywającą w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych nie w celu leczenia, której stan zdrowia tego nie usprawiedliwia. Związany jest on też z wyodrębnieniem w ramach kosztów pobytu pacjenta na oddziale m.in. tzw. kosztów hotelowych, obejmujących koszty utrzymania pacjenta na oddziale. W niniejszym artykule zwrot ten przyjęto dla określenia pacjenta, którego pobyt w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w sposób nieuzasadniony przedłuża się ponad potrzebę wynikającą ze stanu zdrowia.

Celem opracowania jest dokonanie analizy regulacji prawnej sposobu postępowania podmiotu leczniczego w przypadku nieuzasadnionej, przedłużonej hospitalizacji pacjenta i pojawiających się na jej tle najistotniejszych problemów, zawartej w ustawie o działalności leczniczej. W opracowaniu omówiono przepisy nakładające obowiązek odebrania pacjenta po zakończonym leczeniu i stanowiące podstawę do zorganizowania przez podmiot leczniczy transportu sanitarnego na koszt

---

<sup>2</sup> Podobna regulacja znajdowała się w art. 23 Ustawy z dnia 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. 2007 Nr 14, poz. 89 ze zm.).

gminy, a także uprawniające do obciążenia kosztami dalszego pobytu pacjenta, który nie wymaga już udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Opracowanie zwraca uwagę na słabości obowiązujących unormowań i spowodowane tym trudności, z jakimi mierzyć się muszą podmioty wykonujące działalność leczniczą. Przedstawia również propozycje rozwiązania tych problemów.

## 1. Ustawowy obowiązek odebrania pacjenta

Ustawa o działalności leczniczej w art. 30 ust. 1 obejmuje obowiązkiem odebrania wyłącznie dwie grupy pacjentów, tj. małoletnich lub niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Jedynie w odniesieniu do nich przepisy regulują sposób postępowania w przypadku, gdy osoby, na których spoczywa taki obowiązek, nie wywiążą się z niego. W przypadku pozostałych pacjentów nie istnieje prawny obowiązek ich odebrania przez inną osobę. Są oni uprawnieni po zakończeniu udzielania im świadczeń zdrowotnych do samodzielnego opuszczenia miejsca, w którym udzielano im tych świadczeń.

Zgodnie z wyżej wymienionym przepisem obowiązek ten dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w dwóch rodzajach zakładów leczniczych funkcjonujących w podmiotach leczniczych, tj. w szpitalu oraz w zakładzie leczniczym, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Nie istnieje on natomiast w przypadku udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Jest to podyktowane chociażby organizacją ich udzielania, a wyrazem tego jest umieszczenie przepisu nakładającego taki obowiązek jedynie w Rozdziale 1 Działu II u.d.l. „Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”.

Jeżeli chodzi o zakres przedmiotowy omawianego obowiązku, to zgodnie z tą regulacją do odebrania pacjenta zobowiązane są dwie kategorie osób: przedstawiciele ustawowi oraz osoby, na których względem pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny. Krąg osób, na których spoczywa obowiązek alimentacyjny określają przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 25 II 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 682 ze zm., dalej „k.r.o.”). Będą to przede wszystkim krewni w linii prostej oraz rodzeństwo (art. 128 k.r.o.). W pewnych sytuacjach mogą to być także osoby niebędące krewnymi. Obowiązkiem tym są objęci małżonkowie w okresie separacji (art. 60 w zw. z art. 61<sup>4</sup> § 4 k.r.o.)

Norma art. 30 ust. 1 u.d.l., wskazując na istnienie takiego obowiązku, odwołuje się do nieodebrania pacjenta w wyznaczonym terminie. Przepis ten nie precyzuje jednak, kto i w jaki sposób wyznacza ten termin. Wydaje się, że chodzi o ustalenie terminu w związku z wypisem pacjenta, a procedura postępowania powinna wyglądać w takiej sytuacji następująco. W przypadku zaistnienia podstaw do zakończenia udzielania świadczeń w danym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, w którym udzielane są świadczenia szpitalne albo całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oraz tym samym do wypisania z niego pacjenta personel tego podmiotu powinien poinformować o tym fakcie osobę obowiązaną do odbioru i wyznaczyć jego termin (spójny z terminem planowanego wypisu). Przepis nie wymaga żadnej szczególnej formy dla dokonania tej czynności i wydaje się, że wystarczające w tej sytuacji będzie powiadomienie telefoniczne. W sytuacji, gdy jest kilka osób należących do kręgu tych, na których spoczywa obowiązek odebrania pacjenta, za wystarczające należy uznać zawiadomienie jednej z nich. Jedynie ze względów dowodowych i z powodu dalszych możliwych kroków w razie niedokonania takiego odbioru należy postulować dokonanie dodatkowo odpowiedniej adnotacji o przekazaniu takiego zawiadomienia w dokumentacji medycznej pacjenta. Nasuwa się jednak następne pytanie, czy jeżeli powiadomiona osoba nie odbiera pacjenta, należy wyznaczyć termin kolejnej osobie. Wydaje się, że obowiązku takiego nie ma, nie wynika on bowiem z żadnego przepisu, jednakże nie ma też takiego zakazu. Brak odbioru pacjenta w wyznaczonym już raz terminie jest wystarczający do podjęcia dalszych działań, tj. zorganizowania jego transportu do miejsca pobytu na koszt gminy. Podmiot leczniczy może jednak zwrócić się do innej osoby, na której ciąży taki obowiązek o odebranie pacjenta.

---

oraz małżonkowie po rozwodzie (art. 60 k.r.o.) lub unieważnieniu małżeństwa (art. 60 w zw. z art. 21 k.r.o.) pod warunkiem spełnienia dodatkowych przesłanek (obowiązek powstaje z chwilą uprawomocnienia się wyroku orzekającego rozwód albo separację bądź unieważniającego małżeństwo, o ile zostaną spełnione przesłanki określone w art. 60 k.r.o.; zob. G. Jedrejek, *Komentarz do art. 60 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*, w: idem, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2019). Ponadto przepisy przewidują w określonych przypadkach obowiązek alimentacyjny także ojca wobec matki dziecka pozamałżeńskiego (art. 141–142 k.r.o.) oraz między ojczymem lub macochą a pasierbem (art. 144 k.r.o.). Obowiązek ten powstaje również w przypadku przysposobienia (art. 131 k.r.o.). Ustalenie, na kim konkretnie w danym przypadku spoczywa obowiązek alimentacyjny, następuje z uwzględnieniem zasad określonych w Dziale III „Obowiązek alimentacyjny” k.r.o., w szczególności z uwzględnieniem reguł kolejności określonych w tych przepisach. Do grona tych osób nie należą opiekunowie faktyczni pacjentów.

## 2. Transport sanitarny na koszt gminy

Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie dysponuje instrumentami prawnymi umożliwiającymi wyegzekwowanie od osób zobligowanych do odebrania pacjenta wywiązania się z ciężącego na nich obowiązku. Nie jest jednak całkowicie bezradny. Przepisy ustawy o działalności leczniczej umożliwiają w określonej sytuacji przetransportowanie pacjenta do miejsca jego pobytu.

Artykuł 30 ust. 1 tego aktu stanowi, że w przypadku braku odbioru w wyznaczonym terminie pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji przez jego przedstawiciela ustawowego albo osobę, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta do miejsca pobytu. Oznacza to, że w takiej sytuacji podmiot wykonujący działalność leczniczą uprawniony jest zorganizować transport sanitarny pacjenta do jego miejsca pobytu, po uprzednim zawiadomieniu wójta (burmistrza, prezydenta) o tych okolicznościach, a następnie obciążyć kosztami tego transportu gminę (art. 30 ust. 1 i 3 u.d.l.). Na gruncie tej regulacji rodzą się jednak następujące problemy.

Wątpliwości wzbudza ustalenie „miejsca pobytu” takiego pacjenta jako miejsca docelowego transportu. Słuszne wydaje się wyrażone w doktrynie jedno ze stanowisk, że co do zasady chodzi tutaj o miejsce zamieszkania, tj. miejsce, w którym pacjent przebywa z zamiarem stałego pobytu (art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny<sup>4</sup>), które jest jednocześnie miejscem, w którym faktycznie przebywał bezpośrednio przed poddaniem się leczeniu<sup>5</sup>. Nie będzie to miejsce, w którym pacjent znajdował się bezpośrednio przed przybyciem do podmiotu leczniczego, gdyż jak zwrócono uwagę w doktrynie, mogą

<sup>4</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1025, dalej „k.c.”.

<sup>5</sup> Tak K. Borowicz, W. Puzoń, M. Ryba, *Ustawa o działalności leczniczej z komentarzem oraz wybranymi aktami wykonawczymi*, Warszawa 2012, s. 75–76. Z kolei J. Nowak-Kubiak utożsamia na gruncie omawianego przepisu miejsce pobytu z miejscem zamieszkania pacjenta, zob. J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 236. Z kolei T. Rek wskazuje na gruncie omawianej regulacji na miejsce niestałego pobytu (pobytu zwykłego), niebędące miejscem zamieszkania, w którym osoba fizyczna przebywa w określonej miejscowości przez dłuższy czas, prowadząc tam aktywną działalność życiową, lecz bez zamiaru osiedlania się tam na stałe, zob. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 176.

wystąpić przypadki, w których nieracjonalne będzie odwożenie pacjenta do takiego miejsca pobytu, np. w przypadku przewiezienia pacjenta do szpitala z izby wytrzeźwień<sup>6</sup>. Nie o takie miejsce w tym przepisie chodzi. Będzie to miejsce, w którym pacjent zorganizował swoje centrum życiowe.

Istotny jest jeszcze jeden problem wiążący się z ustaleniem miejsca pobytu, do którego należy przetransportować pacjenta. Zgodnie z definicją zawartą w k.c. przez miejsce zamieszkania osoby fizycznej należy rozumieć miejscowość, w której dana osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, a nie konkretny adres, pod którym mieszka. Nie można też utożsamiać go z miejscem zameldowania. Tymczasem chorego należy przetransportować do konkretnego miejsca, pod precyzyjnie ustalony adres, a nie do jakiejś miejscowości. Ustalenie takiego miejsca pobytu może w indywidualnych przypadkach nastręczać trudności i winno być poprzedzone wnikliwą analizą okoliczności dotyczących konkretnej osoby pozwalających na określenie takiego adresu. Wydaje się, że pomocne w tym zakresie byłoby posłużenie się zawartą w art. 25 ust. 1 ustawy o ewidencji ludności definicją pobytu stałego, którym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania<sup>7</sup>.

Nie można jednak wykluczyć, że mogą wystąpić także inne sytuacje, w których transport nie nastąpi do miejsca, w którym pacjent przebywał przed poddaniem się leczeniu. Może zdarzyć się np., że członkowie rodziny niemieszkający wcześniej z pacjentem podejmują się opieki nad nim i będą to czynić w swoim miejscu pobytu, a nie w miejscu, które wcześniej stanowiło centrum życiowe chorego, w którym na stałe przebywał. Nie tylko dopuszczalny, ale też uzasadniony byłby wówczas transport pacjenta do takiego miejsca, w którym będzie miał on zapewnioną opiekę, a które bezpośrednio przed leczeniem nie było jego miejscem pobytu. W takiej sytuacji także należy przyjąć, że będzie to miejsce pobytu pacjenta, albowiem literalne brzmienie przepisu nie wskazuje, iż transport ma nastąpić do miejsca ostatniego pobytu pacjenta przed podjęciem leczenia w danym podmiocie. Słabością takiej sytuacji jest jednak to, że docelowe miejsce transportu mogłoby znajdować się poza obszarem właściwości gminy ostatniego miejsca pobytu pacjenta, a to właśnie ta gmina obowiązana jest do

<sup>6</sup> K. Borowicz, W. Puzoń, M. Ryba, op. cit., s. 75.

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 24 IX 2010 r. o ewidencji ludności (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1382 ze zm.).

poniesienia kosztów przewiezienia pacjenta, co dość trudno wówczas zaakceptować. Okoliczność ta nie stanowi jednak podstawy do odmowy przetransportowania pacjenta. Nie jest też wykluczone, że miejsce to mogłoby się znajdować poza granicami kraju, a nawet na innym kontynencie. W takiej sytuacji powstaje pytanie, czy podmiot jest uprawniony, a może wręcz zobowiązany do zorganizowania transportu sanitarnego do takiego miejsca. Wydaje się, że powiązanie obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego na koszt gminy i ustalania właściwości tej gminy z uwzględnieniem miejsca zamieszkania pacjenta lub ostatniego miejsca pobytu ogranicza możliwość zorganizowania takiego transportu jedynie do terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Problemy praktyczne powstają także w odniesieniu do sposobu postępowania z pacjentami, którzy nie mają miejsca pobytu, o jakim mowa w omawianym przepisie, a mianowicie z osobami bezdomnymi. W przypadku tych osób w ogóle nie ma miejsca, do którego mogą one zostać odwiezione na koszt którejkolwiek gminy. W razie braku podstaw do dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, mimo braku zdolności do samodzielnej egzystencji, nie można tych osób pozostawić jednak w miejscu udzielania im świadczeń zdrowotnych. Sposób postępowania w ich przypadku musi być inny. Osobom tym należy zorganizować formę pomocy polegającą na stworzeniu takiej opieki, jakiej dana osoba wymaga, lecz poza podmiotem, z którego nikt jej nie odbiera. W doktrynie zaproponowano, że w takiej sytuacji podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien „zwrócić się do właściwej gminy o wskazanie jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, w której taki pacjent może być umieszczony (określa je ustawa o pomocy społecznej)”<sup>8</sup>. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>9</sup> wskazuje w art. 101 ust. 2 i 3, że w przypadku osoby bezdomnej właściwą miejscowo jest gmina ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały, a w przypadkach szczególnie uzasadnionych sytuacją osobistą osoby ubiegającej się o świadczenie, w sprawach niecierpiących zwłoki – właściwa miejscowo gmina miejsca pobytu osoby ubiegającej się o świadczenie. Wydaje się, że kwestia zapewnienia pomocy dla takiej osoby będzie sprawą niecierpiącą zwłoki.

Na gruncie omawianej regulacji ustawy o działalności leczniczej istotne jest również to, że ustawodawca określił rodzaj pojazdu, jaki

<sup>8</sup> Tak T. Rek (M. Dercz, T. Rek, op. cit., s. 177).

<sup>9</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1508 ze zm.

może zostać użyty do przetransportowania pacjenta. Jego przewiezienie do miejsca pobytu jest dopuszczalne jedynie środkiem transportu sanitarnego. Ustawa o działalności leczniczej nie wyjaśnia jednak tego pojęcia. Jego definicja znajduje się wyłącznie w art. 5 pkt 33a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup>, zgodnie z którym jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu. Został on szczegółowo opisany w Dziale VIa tego aktu, a jego przepis art. 161ba ust. 2 stanowi, że środki transportu sanitarnego muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane<sup>11</sup>. Niedopuszczalny jest transport takiego pacjenta innym środkiem transportu niż spełniający te wymagania.

Wątpliwości wzbudzają także kwestie związane z wystawianiem rachunków z tytułu omawianego transportu. Norma art. 30 ust. 3 u.d.l. nakazuje określonej gminie pokrycie kosztów tego transportu sanitarnego. Ma to nastąpić na podstawie „rachunku wystawionego przez kierownika”. Wątpliwe jest jednak, co oznacza ten zwrot. W praktyce żaden kierownik nie wystawia rachunków, gdyż jest to rola komórek prowadzących rachunkowość podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Niejasne jest, czy oznacza to, że wystarczające jest podpisanie rachunku (a tym samym zaakceptowanie) przez kierownika podmiotu. Rodzi się też następne pytanie, a mianowicie w jakim celu w czynność tę ma być zaangażowany kierownik, skoro gmina zwraca jedynie poniesione przez podmiot koszty transportu, poza, wydaje się dość oczywistą, akceptacją wysokości kwoty ujętej w rachunku. Przepis ten jednoznacznie stanowi, że podmiot leczniczy nie może domagać się zapłaty kwoty wyższej niż konieczna do pokrycia kosztów, które sam poniósł. Okoliczności te w bardzo prosty sposób można zweryfikować. Brak jest więc racjonalnych argumentów przemawiających na rzecz konieczności wystawienia rachunku osobiście przez kierownika niezależnie od tego, jaką postacią czynność ta ma przybrać, chyba że rola kierownika sprowadzać się ma do akceptacji kwoty określonej w rachunku i jego podpisania. Oczywiście jest natomiast, że rachunek ten wystawiany jest przez podmiot udzielający świadczeń na podstawie rachunku wystawionego przez podmiot

<sup>10</sup> Tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1510 ze zm.

<sup>11</sup> Obecnie ważna jest Polska Norma PN-EN 1789+A2:2015-01 Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – Ambulanse drogowe.



świadczący usługę w zakresie transportu sanitarnego (jeżeli transport zrealizował podmiot zewnętrzny) lub na podstawie własnych kosztów (jeżeli transport został wykonany samodzielnie przez podmiot leczniczy udzielający świadczeń pacjentowi). To ten podmiot w pierwszej kolejności ponosi koszty transportu pacjenta. Gmina zwraca jedynie koszty transportu poniesione przez podmiot. Ich wysokość jest łatwa do ustalenia i zweryfikowania, wynikać bowiem będzie z rachunku wystawionego przez podmiot zewnętrzny realizujący transport. Rola kierownika powinna sprowadzać się do sprawdzenia i akceptacji kwoty określonej w rachunku poprzez jego podpisanie. Celowa jest jednak zmiana omawianej regulacji i odstąpienie od wymogu wystawienia rachunku przez kierownika na rzecz akceptacji przez niego tego dokumentu.

### 3. Brak odbioru pacjenta w miejscu pobytu

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjentowi przysługuje w określonych przypadkach prawo do nieodpłatnego lub częściowo odpłatnego transportu sanitarnego. Sytuacje te określone są w art. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzeniach ustalających wykazy świadczeń gwarantowanych w poszczególnych ich zakresach<sup>12</sup>.

W praktyce zdarzyć się może, że organizowany jest transport sanitarny pacjenta, ale niemożliwe okazuje się pozostawienie go w miejscu pobytu, albowiem brak jest w wyznaczonym czasie w tym miejscu osoby, która mogłaby przejąć nad nim opiekę. Jest to jedna z sytuacji, w której osoby najbliższe pacjentowi nie przejmują nad nim opieki po zakończeniu udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą. Przepisy nie regulują, niestety, w ogóle sposobu postępowania w takich okolicznościach. Należy wówczas uznać, że niedopuszczalne jest pozostawienie pacjenta w miejscu pobytu, a *de facto* „pod drzwiami” mieszkania. Podmiot realizujący transport sanitarny nie ma innego wyjścia i pacjent musi wrócić do podmiotu udzielającego mu świadczeń zdrowotnych, nie można bowiem pozostawić go bez opieki.

---

<sup>12</sup> Np. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 2295 ze zm.) czy Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 465 ze zm.).

Pacjent staje się w tej sytuacji pacjentem „hotelowym”. Jego dalszy pobyt w podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych nie jest uzasadniony stanem zdrowia.

Omawiane okoliczności należy zrównać w skutkach z brakiem odbioru pacjenta bezpośrednio z miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Także wtedy osoby obowiązane do zapewnienia opieki nad pacjentem z obowiązku tego się nie wywiązują. Należy konsekwentnie uznać, że otwiera się wówczas możliwość obciążania przez podmiot, który zorganizował transport sanitarny, kosztami dalszego pobytu powracającego pacjenta niewymagającego już udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach całodobowych i stacjonarnych, analogicznie jak w przypadku braku odbioru pacjenta bezpośrednio z miejsca udzielania mu tych świadczeń (art. 30 ust. 4 u.d.l.). W takim miejscu również istnieje obowiązek odbioru pacjenta, a ściślej – przejęcia od podmiotu leczniczego opieki nad nim. Sytuację tę należy oceniać w taki sam sposób.

#### **4. Obciążenie kosztami pobytu pacjenta „hotelowego”**

Zawarta w ustawie o działalności leczniczej regulacja zezwala na obciążanie kosztami nieuzasadnionego pobytu pacjenta, co także ma stanowić czynnik mobilizujący najbliższych do jego odebrania. Zgodnie z art. 30 ust. 4 u.d.l. pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której ciąży obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, poczynszyc od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych. W omawianej regulacji brak podstaw do obciążenia tymi kosztami przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta.

W praktyce podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mogą mieć jednak wątpliwości, kogo w konkretnym przypadku obciążyć kosztami. Ustalenie kręgu osób zobowiązanych do świadczeń alimentacyjnych może rodzić trudności dla tych podmiotów ze względu na problemy z uzyskaniem takich danych. Najprostszym i najszybszym źródłem informacji o tych osobach będzie w pierwszej kolejności sam pacjent, chyba że nie ma możliwości porozumienia się z nim. Dane takie można uzyskać także od każdego członka rodziny pacjenta bądź

od opiekuna faktycznego. Wiarygodność informacji uzyskanych w ten sposób może być różna. Dodatkową trudnością jest to, że dla ustalenia kręgu osób, na których ciąży obowiązek alimentacyjny, znaczenie mają określone w przepisach k.r.o. reguły, w szczególności dotyczące kolejności tego obowiązku. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych byłby wprawdzie uprawniony do uzyskania niektórych danych dotyczących ewidencji ludności, jednakże trzeba też uwzględnić czas niezbędny do przeprowadzenia związanego z tym postępowania administracyjnego. W praktyce w celu przyspieszenia ustalenia tych danych podmioty zwracają się o pomoc do Policji lub ośrodków pomocy społecznej, co może budzić wątpliwości wobec braku podstaw prawnych do realizowania przez nie takich zadań. Źródłem tych informacji najczęściej będzie jednak sam pacjent oraz osoby mu najbliższe, a także opiekunowie faktyczni.

Ponadto rodzi się pytanie związane z koniecznością wystawienia takiego rachunku, a mianowicie kto i w jakiej kolejności zobowiązany będzie do ponoszenia tych kosztów, jeżeli osób tych jest kilka, a w konsekwencji kogo jako osobę obowiązaną wskazać w jego treści. Omawiany przepis nie wskazuje na jakąkolwiek kolejność w ponoszeniu tej odpowiedzialności przez osoby określone w art. 30 ust. 4 ustawy. Nie wskazuje też, że jest to odpowiedzialność solidarna. Dodatkową komplikacją jest to, że norma ta nakłada także na pacjenta obowiązek ponoszenia tych kosztów. W doktrynie zajęto stanowisko, że odpowiedzialność osób, o których mowa w tym przepisie, ma charakter solidarny<sup>13</sup>. Wydaje się jednak, że brak jest podstaw do przyjęcia na gruncie omawianej regulacji odpowiedzialności solidarnej z przyczyn następujących.

Z art. 369 k.c. wynika, że zobowiązanie jest solidarne, jeżeli to wynika z ustawy lub z czynności prawnej. Z wyżej wymienionego przepisu u.d.l. nie wynika natomiast, że mamy do czynienia ze zobowiązaniem solidarnym. W piśmiennictwie podniesiono, że „sformułowanie o konieczności «wynikania z ustawy» zachodzi także wtedy, gdy ustawodawca opisuje powstające zobowiązanie w sposób odpowiadający cechom art. 366 i 367 k.c.”<sup>14</sup>. Oceny takiej „dokonywać trzeba bardzo ostrożnie,

<sup>13</sup> K. Borowicz, W. Puzoń, M. Ryba, op. cit., s. 76.

<sup>14</sup> W. Dubis, *Komentarz do art. 369 Kodeksu cywilnego*, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, pod red. E. Gniewka, P. Machnikowskiego, Warszawa 2017, s. 716. Podobnie też m.in.: A. Pyrzyńska, *Komentarz do art. 369 Kodeksu cywilnego*, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 3: *Zobowiązania. Część ogólna*, pod red. A. Kidyby, Warszawa 2010, s. 139, oraz

pamiętając o tym, iż solidarność stanowi rozwiązanie o charakterze szczególnym<sup>15</sup>. Aby przyjąć taki rodzaj odpowiedzialności, konieczne jest zatem nadanie przez ustawodawcę danemu zobowiązaniu kilku osób charakteru solidarnego<sup>16</sup>. Takiego wskazania brak w omawianej normie. Na uwagę zasługuje użycie w przepisie tym spójnika „lub”, a więc alternatywy nierozłącznej, co oznacza, że dopuszczalne jest obciążenie kosztami pobytu tylko pacjenta bądź tylko osoby, na której ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, bądź obydwu tych kategorii osób łącznie. W przypadku obciążenia kilku osób kosztami pobytu pacjenta brak podstaw do przypisywania tej odpowiedzialności przymiotu solidarności. Jednocześnie oczywiste jest, że uregulowanie kosztów przez którąkolwiek z osób zobowiązanych do ich pokrycia spowoduje zaspokojenie podmiotu, a co za tym idzie, pozostałe osoby nie będą zobowiązane do zapłaty na jego rzecz jakiegokolwiek należności z tego tytułu. Sugeruje to, że w omawianym przypadku odpowiedzialność tych osób będzie odpowiedzialnością *in solidum*. Brzmienie przepisu nie daje też podstaw do przyjęcia, że w pierwszej kolejności koszty pobytu powinna ponieść osoba obciążona obowiązkiem alimentacyjnym, a dopiero w jej braku – pacjent<sup>17</sup>, choć regulacja taka wydawałaby się słuszna, skoro jej celem ma być zmobilizowanie tych osób do sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny.

Wydaje się, że wobec braku wynikających z omawianej regulacji ograniczeń dotyczących wybrania konkretnej osoby, która powinna ponieść te koszty, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych władne są samodzielnie dokonać takiej selekcji. Jakie jednak kryteria przyjąć przy dokonywaniu tej czynności? Omawiany przepis nie zawiera w tym zakresie żadnych wytycznych. Do zaspokojenia wierzytelności podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych powstałej z tytułu kosztów pobytu pacjenta nie jest konieczne obciążenie nimi wszystkich

---

M. Pyziak-Szafnicka, *Wielość dłużników i wierzycieli*, w: *System Prawa Prywatnego, Prawo zobowiązań – część ogólna*, t. 5, pod red. E. Łętowskiej, Warszawa 2013, s. 318.

<sup>15</sup> W. Dubis, op. cit., s. 716.

<sup>16</sup> W doktrynie wskazuje się, że skoro źródłem solidarności jest przepis ustawy lub czynność prawna, to o jej powstaniu decyduje okoliczność formalna. Nie stanowi dostatecznej podstawy uzasadniającej przyjęcie, że zobowiązanie ma charakter solidarny, gdy istnieje wspólny cel zobowiązania kilku osób, zob. np.: W. Dubis, op. cit., s. 716; K. Zawada, *Komentarz do art. 369 Kodeksu cywilnego*, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 1, pod red. K. Pietrzykowskiego, Warszawa 2018, s. 1251.

<sup>17</sup> Tak: U. Walasek-Walczak, *Komentarz do art. 30 ustawy o działalności leczniczej*, w: *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, pod red. F. Grzegorzcyka, Warszawa 2013, s. 142.

wymienionych osób ani w pełnej wysokości każdej z nich. Dopuszczalne jest obciążenie tymi kosztami niektórych tylko spośród nich, przy czym zapłata tych kosztów przez którąkolwiek z tych osób spowoduje uregulowanie całości zadłużenia z tego tytułu. Decyzja w tym zakresie należy do kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Należy zwrócić uwagę, że art. 30 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej będzie dotyczył także sytuacji, w której pacjent pełnoletni i zdolny do samodzielnej egzystencji mimo dokonanego wypisu odmawia opuszczenia miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, np. kwestionując zasadność zakończenia leczenia w tym podmiocie. W takim przypadku trudno zaakceptować obciążanie kosztami nieuzasadnionego pobytu członków rodziny tej osoby, którzy są zobowiązani do świadczeń alimentacyjnych, a nie jedynie pacjenta. Wydaje się, że w takich okolicznościach koszty te powinien ponosić wyłącznie pacjent, a nie jego rodzina, albowiem to on podejmuje taką decyzję. Przepis stanowi jednak podstawę prawną do obciążenia kosztami nieuzasadnionego pobytu również osób obowiązanych do świadczeń alimentacyjnych względem pacjenta.

Rozpoczęcie obciążenia kosztami pobytu osoby, której stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, następuje od ustalonego przez kierownika terminu. Oczywiście wydaje się, że osoby zainteresowane (tj. obowiązane do ponoszenia tych kosztów) należy poinformować o tym fakcie, choć z literalnego brzmienia przepisu nie wynika taki obowiązek. Jest to jednak uzasadnione, gdyż okoliczność ta powinna zmotywować te osoby do wywiązywania się z obowiązku sprawowania opieki nad członkiem rodziny. W przypadku nieodebrania pacjenta z miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych i nieskuteczności zorganizowanego transportu sanitarnego do miejsca jego pobytu kierownik powinien ustalić termin, od którego pacjent lub osoba, na której ciąży względem niego ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty dalszego pobytu. O fakcie tym należy więc te osoby zawiadomić. Wprawdzie przepis tego nie wymaga, to jednak racjonalne i uzasadnione jest, by termin ten był spójny z terminem wypisu pacjenta. Ze względów dowodowych celowe jest odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta.

Rodzi się też następna wątpliwość, czy osoby obowiązane do świadczeń alimentacyjnych można obciążyć kosztami pobytu pacjenta w okresie poprzedzającym powiadomienie ich o tym fakcie, jeżeli zostaną one ustalone dopiero po wyznaczeniu przez kierownika terminu rozpoczęcia

obciążania tymi kosztami. Na gruncie omawianej regulacji brak takiego zakazu. Wzbudza to jednak wątpliwości o tyle, że z założenia obciążenie tych osób kosztami pobytu pacjenta ma być konsekwencją jego nieodebrania po zakończonym leczeniu (w przypadku istnienia takiego ustawowego obowiązku) i ma temu zapobiegać. Z drugiej strony, kto inny w takiej sytuacji miałby ponieść te koszty? Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie jest zobligowany do ich pokrycia. Pozostaje więc jedynie pacjent, co o tyle może wzbudzać zastrzeżenia, że może to być osoba niezdolna do samodzielnego funkcjonowania i zadbania o siebie.

Wątpliwości na gruncie omawianej regulacji wzbudza również sposób ustalenia wysokości opłaty za pobyt. Omawiany przepis nie zawiera żadnych wskazówek dotyczących jej obliczenia. Posługuje się jedynie zwrotem „koszty pobytu”. Według J. Nowak-Kubiak należy przyjąć, że będą się na nie składały wszystkie bezpośrednie koszty pobytu danego pacjenta w podmiocie leczniczym<sup>18</sup>. T. Rek wskazuje na koszty zakwaterowania i wyżywienia<sup>19</sup>. Nie jest jednak jasne, jakie koszty należą do kosztów zakwaterowania. Wydaje się, że w przepisie tym chodzi o koszty, jakie generuje przedłużony pobyt danego pacjenta, czyli *de facto* wydatki z tym związane. Byłyby to więc faktycznie poniesione koszty bezpośrednie, tj. poniesione w związku z udzielaniem świadczeń temu pacjentowi. Nie jest jednak możliwe ich precyzyjne ustalenie dla konkretnego pacjenta w odniesieniu chociażby do mediów (woda, energia, gaz, ścieki), wyżywienia czy kosztów prania bielizny pościelowej (chyba że podmiot korzysta z usług zewnętrznych w tym zakresie), środków higienicznych itp. Możliwe jest jedynie ustalenie przeciętnego kosztu osobodnia pobytu pacjenta w danym okresie w danym oddziale (rozumianym jako ośrodek kosztów).

Obecnie obowiązujące przepisy nie określają sposobu prowadzenia rachunku kosztów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Normujące tę materię Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej<sup>20</sup> obowiązywało do 30 czerwca 2011 r. i nie zostało zastąpione inną regulacją prawną. Nie obowiązuje także Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2000 r. w sprawie sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej osobom

<sup>18</sup> J. Nowak-Kubiak, op. cit., s. 236.

<sup>19</sup> M. Dercz, T. Rek, op. cit., s. 179.

<sup>20</sup> Dz.U. Nr 164, poz. 1194.

nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>21</sup>, które odwoływało się do wskazanego rozporządzenia. Sposób ustalenia tych kosztów będzie więc zależny od decyzji kierownika. Wobec braku regulacji zasad obliczenia tych kosztów celowe byłoby w drodze analogii zastosowanie przepisu art. 45 u.d.l., zgodnie z którym wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż ubezpieczeni oraz uprawnione do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów ustala kierownik. Przy ustalaniu wysokości tej opłaty kierownik uwzględni rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Pomocne w tym zakresie byłoby zastosowanie mechanizmu obliczenia kosztów przewidzianego w wyżej wymienionych, nieobowiązujących już przepisach. Na koszty te będą się składać w szczególności koszty opieki lekarsko-pielęgniarskiej, koszty całonocnego pobytu (tzw. osobodzień), koszty zużytych leków, zużytego sprzętu, materiałów opatrunkowych, koszty wykonanych badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji specjalistycznych czy zabiegów. Pomocne w tym zakresie byłoby zastosowanie mechanizmu obliczania kosztów przewidzianego w nieobowiązujących już przepisach regulujących sposób prowadzenia rachunku kosztów.

Do ustalenia tych kosztów nie będzie miał zastosowania art. 24a ustawy o działalności leczniczej, który reguluje sposób wystawiania rachunków za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których przepisy dopuszczają taką odpłatność. Przepis ten nakazuje podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wyszczególnienie w rachunku, na wniosek pacjenta, zrealizowanych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Określa też sposób ustalenia wysokości opłat, odsyłając w tym zakresie do opłat określanych w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą za udzielane świadczenia zdrowotne, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą być udzielane za całkowitą albo częściową odpłatnością (art. 24 ust. 1 pkt 12 u.d.l.). Ustawa odróżnia jednak obowiązek zwrotu kosztów od możliwości pobierania opłat za udzielanie świadczeń, które należy określić w regulaminie organizacyjnym. Rozróżnienie to występuje także w przypadku ustalania wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż ubezpieczeni oraz innym niż uprawnione do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze

<sup>21</sup> Dz.U. Nr 8, poz. 113.

środków publicznych. Wynika to z art. 45 u.d.l., który nakazuje ustalenie wysokości opłaty z uwzględnieniem rzeczywistych kosztów udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie w wysokości tych kosztów, dając tym samym możliwość uwzględnienia zysku. Zagadnienie to jest sporne w doktrynie<sup>22</sup>.

Należy też zwrócić uwagę, że w czasie przedłużonego pobytu pacjenta podmiot traci możliwość udzielania świadczeń na rzecz innych osób na zajętych miejscach i tym samym uzyskania przychodu z tego tytułu. W obecnym stanie prawnym nie ma jednak możliwości obciążenia pacjenta takim nieuzyskanym przychodem. Wydaje się, że racjonalne byłoby umożliwienie dokonywania obciążenia z tego tytułu i określenie jego zasad, wymaga to jednak zmiany obowiązujących przepisów.

Osoba obowiązana do poniesienia kosztów w powyższym zakresie ma prawo do ich zakwestionowania (np. wysokości, sposobu ich obliczenia, jak i daty początkowej, od której rozpoczęto obciążanie nimi). W takiej sytuacji na podmiocie udzielającym świadczeń spoczywa ciężar wykazania prawidłowości ustalenia ich wysokości. Biorąc pod uwagę brak regulacji określającej zasady obliczania tych kosztów, może się to okazać trudne i wiązać z koniecznością przeprowadzenia w postępowaniu sądowym dowodu z opinii biegłego.

## **5. Zakres opieki nad pacjentem „hotelowym” i jej dokumentowanie**

Wątpliwości budzi również to, jaki powinien być zakres opieki nad pacjentem, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Wydawałoby się, że powinien on odpowiadać zakresowi opieki, której obowiązek sprawowania ciąży na osobach obowiązanych do świadczeń alimentacyjnych. Za słusznością tego stanowiska przemawia fakt pełnienia w tym okresie przez podmiot opieki nad pacjentem niejako zastępczo, tj. w miejsce osób obowiązanych do jej wykonywania, które z obowiązku tego się nie

---

<sup>22</sup> Na możliwość ustalenia opłaty w wysokości przekraczającej rzeczywisty koszt udzielenia świadczenia wskazują: F. Grzegorzczak, *Komentarz do art. 45 ustawy o działalności leczniczej*, w: *Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 171, K. Borowicz, W. Puźoń, M. Ryba, op. cit., s. 92, oraz S. Sikorski, *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Warszawa 2017, s. 103. Odmiennego zdania jest natomiast T. Rek (M. Dercz, T. Rek, op. cit., s. 226).



wywiązują. Pamiętać jednak należy, że podmiot wykonujący działalność leczniczą z założenia wykonuje co do zasady czynności polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Prowadzi to do wniosku, że podmiot w dalszym ciągu będzie udzielał świadczeń zdrowotnych, jednakże w zakresie węższym, ograniczonym ze względu na wynikający ze stanu zdrowia brak konieczności dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie stacjonarnym i całodobowym. Czynności te mogą więc prowadzić do świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Przedłużony pobyt pacjenta nie pozostaje bez wpływu na prowadzenie dokumentacji medycznej. Sposób postępowania uzależniony jest od tego, czy doszło do wypisania pacjenta z podmiotu leczniczego. W sytuacji gdy pacjent nie został jeszcze wypisany, a osoba obowiązana do jego odebrania nie stawiała się w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w terminie wyznaczonym w celu przejęcia nad nim opieki, okoliczność tę należy odnotować w jego indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej. Właściwym miejscem w tej dokumentacji jest część dotycząca wypisu pacjenta. Konieczne jest także zapisanie w niej wyznaczonego przez kierownika terminu rozpoczęcia obciążania kosztami pobytu. Dokumentację tę należy prowadzić aż do odebrania i wypisania pacjenta. Alternatywą dla takiego sposobu postępowania jest wyznaczenie terminu odbioru pacjenta i jego wypisanie (uzasadnia to bowiem fakt, że stan zdrowia pacjenta nie wymaga już dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego). Następnie, po bezskutecznym upływie terminu odbioru pacjenta, należałoby założyć nową indywidualną dokumentację medyczną obejmującą jego dalszy, odpłatny pobyt.

W drugiej sytuacji, tj. jeżeli doszło już do wypisania pacjenta, a ten powraca do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, gdyż w jego miejscu pobytu nie była obecna osoba, która miała go odebrać, również należy założyć nową dokumentację medyczną. Uzasadnione jest to zakończeniem udzielania świadczeń związanych z wcześniejszym pobytem i wypisaniem pacjenta, włącznie ze sporządzeniem karty informacyjnej leczenia szpitalnego. Brak jest możliwości „anulowania” dokonanego wypisu pacjenta poprzez dokonanie korekty dokumentacji medycznej, ponieważ byłoby to niezgodne z § 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Dz.U. poz. 2069 ze zm.

Zgodnie z tą regulacją wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 tego rozporządzenia. Sytuacja taka nie uprawnia do usunięcia wpisu z dokumentacji medycznej, albowiem nie ma mowy o błędnym dokonaniu wpisu. Konsekwentnie sytuacja powinna być potraktowana jako nowe przyjęcie do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, skutkujące koniecznością założenia nowej indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej. Rozdzielenie tej dokumentacji jest celowe i uzasadnione także z tego względu, że świadczenia udzielone w trakcie odpłatnego pobytu byłyby przedmiotem odrębnego rozliczenia z osobami obowiązanyymi do poniesienia kosztów z tego tytułu. W okresie pobytu odpłatnego, bo nieuzasadnionego stanem zdrowia pacjenta, podmiot wykonujący działalność leczniczą nie jest zwolniony z obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej.

## 6. Pacjenci wymagający całodobowej opieki

W praktyce występują sytuacje, kiedy rodzina pacjenta niewymagającego dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, ale wymagającego całodobowej opieki nie jest w stanie jej sprawować z różnych powodów, mimo że chciałaby temu zadaniu sprostać. Rozwiązaniem jest wówczas umieszczenie takiej osoby w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym<sup>24</sup>.

Ponadto osoba wymagająca całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogąca samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, może zostać umieszczona w domu pomocy społecznej, gdzie również będzie miała zapewnioną

<sup>24</sup> Zgodnie z § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn. Dz.U. 2015, poz. 1658 ze zm.) świadczenia gwarantowane są udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładach opiekuńczych świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia trzeciego roku życia nie dokonuje się oceny skalą Barthel.

całodobową opiekę. Jeżeli jednak będzie ona wymagała wzmożonej opieki medycznej, to na podstawie art. 33a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie mogła zostać skierowana do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. W takim przypadku wszakże nadal pozostaje nierozwiązana kwestia zapewnienia opieki nad pacjentem w okresie oczekiwania na miejsce w wyżej wymienionym zakładzie czy domu pomocy społecznej. Jeżeli pacjent taki nie jest odbierany po zakończonym leczeniu stacjonarnym przez rodzinę, która nie jest w stanie zapewnić mu takiej opieki, także będzie to podstawą do obciążenia osób obowiązanych do świadczeń alimentacyjnych kosztami jego przedłużonego pobytu.

### Podsumowanie

Zawarte w ustawie o działalności leczniczej przepisy miały na celu zdyscyplinowanie członków rodziny do sprawowania opieki nad pacjentem niewymagającym dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, którzy nie przejawiają zainteresowania pacjentem. Cel, jaki przyświecał ustawodawcy wprowadzającemu omawiane regulacje, był słuszny. Niewątpliwie wizja ponoszenia kosztów pobytu pacjenta powinna wpływać dyscyplinująco na najbliższych pacjenta, prowadząc, przynajmniej w części przypadków, do zapewnienia mu opieki. Przyjęte rozwiązania są zdecydowanie pożądane z punktu widzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nie są jednak pozbawione wad.

Omawiane przepisy zawierają podstawę prawną do zorganizowania odpłatnego transportu sanitarnego do miejsca pobytu pacjenta i obciążenia kosztami pobytu pacjenta „hotelowego” osób, które powinny sprawować nad nim opiekę. Z punktu widzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą możliwość taka jest pożądana, albowiem nie są one obowiązane w tych sytuacjach do dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych i ponoszenia z tego tytułu kosztów. Zamiarem ustawodawcy było zdyscyplinowanie tych osób do sprawowania opieki nad pacjentem i niepozostawiania go w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie stacjonarnym i całodobowym, jeżeli stan zdrowia tego nie uzasadnia. Jest to także istotne dla innych osób oczekujących na przyjęcie do takiego podmiotu, które może się opóźnić wskutek wystąpienia związanych z tym problemów i braku wolnego miejsca.

Omawiane regulacje wymagają jednak doprecyzowania, zwłaszcza w zakresie dotyczącym zasad obliczania kosztów odpłatnego pobytu, obciążania nimi osób zobowiązanych do ich pokrycia oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w trakcie takiego pobytu.

W praktyce, mimo znajdującej podstawę prawną w obowiązujących przepisach możliwości obciążenia kosztami nieuzasadnionego pobytu, podmioty wykonujące działalność leczniczą nie korzystają zbyt chętnie z tego instrumentu i starają się nakłonić rodzinę pacjenta do jak najszybszego jego odebrania i zorganizowania mu opieki w miejscu pobytu. Być może kierują się w tym zakresie zrozumieniem skali trudności w sprawowaniu opieki nad taką osobą, a może to trudności z dochodzeniem zwrotu tych kosztów powodują, że kierownicy podmiotów nie decydują się na obciążanie nimi pacjentów lub ich rodzin.

Do powstania omawianych problemów związanych z opieką nad pacjentem przyczynia się także to, że zapotrzebowanie na świadczenie usług opiekuńczych jest większe niż istniejące możliwości, co dodatkowo utrudnia zbyt mała liczba miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych. Rozwiązaniem, przynajmniej częściowym, tej sytuacji byłoby polepszenie dostępu do nich, lecz jest to już zagadnienie odrębne.

## HOSPITALISATION OF A "HOTEL" PATIENT – SELECTED ISSUES

### Summary

The subject of the article are the issues related to problems arising in the practice of entities conducting therapeutic activity concerning the stay of a patient who is a minor or incapable of independent living and who no longer requires treatment in an entity providing health services, but is in need of permanent care, when the family does not want to provide this care and does not take the patient from this entity. The legal regulation relating to the subject matter in question contained in the current regulations provides entities providing health care services with instruments aimed at disciplining the patient's family so that the family can fulfil their duty of care and collect the patient from this entity after the end of treatment. The persons obliged to do so are the legal representatives and persons who have a statutory duty to maintain the patient. If they refuse to collect the patient, health care providers are entitled to arrange for sanitary transport to bring the patient to the place of his or her previous stay. The costs of such transport are borne by a specific municipality, which has the right of recourse against the persons responsible. It is also possible to charge these persons or the patient himself with the costs of further, unjustified stay in this entity.

However, the solutions adopted are not without drawbacks that make it difficult to enforce the care of the patient and to cover the costs of further unnecessary hospitalisation. The aim of the study is to identify the weaknesses of the current regulation, which is to bring about a solution to the problem of patients not collected by the family, so important for the practice of medical entities, and to propose the way of solving them.

**Keywords:** hospitalisation costs – unjustified hospitalization – “hotel” patient