

Konferencje

 Data publikacji: 2010-10-27
 Dz.U. nr: 2610

OC lekarzy: rwąca rzeka

Wyroki sądów to rwąca rzeka, która w zakresie OC medycznego wciąż zmienia swoje koryto. Jak wynika z dyskusji w czasie kolejnej konferencji IMP, to jedno z podstawowych wyzwań stojących przed ubezpieczeniowcami zajmującymi się tymi ciekawymi ryzykami. - relacjonuje Marcin Z. Broda



Kolejna konferencja Insurance Meeting Point pod tytułem "OC lekarzy i jej ubezpieczenie" zgromadziła zaskakująco niewielu przedstawicieli zakładów ubezpieczeń i bardzo wielu z kolei brokerów. Faktycznie dostawców w zakresie omawianych ryzyk - OC lekarzy i OC szpitali - jest bardzo, bardzo niewielu. Poszukujących zaś ofert znacznie, znacznie więcej.

Trudne OC

Nie przeczyli temuż otwierający konferencję wykładem o OC lekarzy **Marek Ostrowski** i **Łukasz Zoń** z **EIB**. Pokazywali jednak przede wszystkim podstawy prawne odpowiedzialności lekarzy, ryzyka w niej występujące oraz oczywiście same ubezpieczenia OC w tym zakresie.

Obraz, który wyłaniał się z prezentacji nie był bardzo optymistyczny. Z różnych względów stoimy najprawdopodobniej przed falą roszczeń zarówno z klasycznych ryzyk medycznych - działanie, czy również zaniechanie działania przez lekarza, ale też błędów administracyjnych, czy związanych z naruszeniem praw pacjenta. Smutno na przykład skonstatowano, że w polskich szpitalach w ogóle trudno mówić o poszanowaniu prawa pacjenta do godności czy intymności.

Szczególnym problemem może być też zgoda pacjenta. W wielu jednostkach jest to wciąż formułka blankietowa, która nie spełnia żadnych reguł, które przy formułowaniu takiego dokumentu powinny być uwzględnione.

W podsumowaniu Marek Ostrowski podkreślał, że metodą na ograniczenie roszczeń mogą być przede wszystkim zmiany w kształceniu akademickim lekarzy, uświadomienie lekarzom (w tym przede wszystkim lekarzom na kontraktach) zakresu ich odpowiedzialności, stałe dokształcanie lekarzy w zakresie prawa.

Komisje wojewódzkie

Metodą na ograniczenie roszczeń nie będą pewnie wojewódzkie komisje, które - zgodnie z diskutowanym obecnie w Sejmie projektem nowelizacji ustawy o prawach pacjenta - miałyby się zajmować błędami medycznymi. Jeszcze Marek Ostrowski szacował, że musiałyby się one zajmować 30-45 tysiącami roszczeń rocznie, z których 15-20 tysięcy byłoby uznawanych za uzasadnione. Przy europejskich standardach oznaczałoby to wypłaty rzędu 700 mln zł rocznie przy całej rocznej składce zbieranej dziś z OC medycznego na poziomie 300-400 mln zł rocznie.

Jednak projektowanymi komisjami zajmował się przede wszystkim **Michał Mołęda** z **HDI Asekuracja**. Omawiał kryzys standardowego modelu odpowiedzialności za błędy medyczne i na tym właśnie tle pokazywał stosowane na świecie i w Europie, a

Stoimy przed falą roszczeń związanych z naruszeniem praw pacjenta.

Komisje wojewódzkie mające rozstrzygać sprawy związane z błędami medycznymi będą decydowały o odszkodowaniach wartości nawet 700 mln zł rocznie.

projektowane w Polsce, zmiany w systemie.

Odnosząc się do polskiej projektowanej nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, podkreślił przede wszystkim kwestie zakresu przedmiotowego stosowania ustawy (tylko szpitale), wątpliwości, co do definicji błędu medycznego, wyłączenia (w tym rozpoczęcie postępowania karnego lub dyscyplinarnego). Z czysto ubezpieczeniowego punktu widzenia zwrócił uwagę na proste, ale ważne dla praktyki, niedociągnięcia nowelizacji - kto ma przedstawić propozycję świadczenia, jeśli szpital nie ma OC, albo kiedy ubezpieczycieli jest kilku?

Triggery równie złe i dobre

Pierwszy dzień spotkania zamknęła w prezentującym jej własne poglądy wykładzie **Elżbieta Pruszko z PZU**. Podsumowała ona rozważania wcześniejsze - zarówno dotyczące odpowiedzialności cywilnej, jak i projektowanych zmian ustawy o prawach pacjenta (np. nigdzie nie wskazano jak ustalać kwotę świadczenia). Mówiąc jednak o OC zakładów opieki zdrowotnej poruszyła również nowe obszary.

Elżbieta Pruszko zwróciła przede wszystkim uwagę na wielość ubezpieczeń funkcjonujących w służbie zdrowia i pokazała najważniejsze cechy oraz wyzwania każdej z umów. Przy dobrowolnych ubezpieczeniach szpitale zwróciła na przykład uwagę, że szpitale nie prowadzą z reguły nawet wyłącznie działalności medycznej. Bardzo często zdarza się najem sprzętu, pralnia czy też spalarnia odpadów medycznych. Wszystkie te działalności w zapytaniach i ofertach trzeba uwzględniać.

Oczywiście ważnym, czy kluczowym wręcz dla OC szpitale problemem jest wzrost ilości roszczeń oraz wysokości zasądzanych odszkodowań. W szczególności w przeciągu ostatnich 10 lat średnia wartość szkody wzrosła nam 10-krotnie z poziomu 8 do 80 tysięcy złotych. Przyczyniły się do tego walnie bardzo wysokie odszkodowania zasądzone (najczęściej po wielu latach) w konkretnych przypadkach. Tu pokazane były przykłady operacji tarczycy, gdzie po błędzie pacjentka została "rośliną" (0,5 mln zł renty, 0,3 mln zł odszkodowania i 13 tys. zł miesięcznej renty), utraty prącia (1,2 mln zł zadośćuczynienia), czy przypadki błędów przy porodzie, gdzie zbyt późno wykonane cesarki skutkowały uszkodzeniami dzieci (pierwszy przypadek: 0,9 mln zł zadośćuczynienia, 9,5 tys. zł odszkodowania i 4,9 tys. zł renty; drugi przypadek odpowiednio: 0,6 mln zł, 57 tys. zł i 5,6 tys. zł).

W tym też kontekście - wysokości roszczeń, ale też i długości postępowań - pokazano triggerzy - przede wszystkim *act committed* i *claims made*. Elżbieta Pruszko wymieniła i podkreśliła, że każdy z tych triggerów ma zarówno wady, jak i zalety.

Kontynuacja

Drugiego dnia konferencji **Agata Skreżyna-Dudek** pokazywać będzie doświadczenia szkodowe **Allianz**, **Xenia Kruszewska** mówić będzie o OC lekarzy z punktu widzenia ubezpieczyciela kontraktującego usługi medyczne, a **Małgorzata Serwach** pokaże przypadki sądowe.

Do tych wykładów uczestnicy konferencji przygotowywali się, tradycyjnie już dla Insurance Meeting Point, w czasie zajęć wieczornych przy kolacji i lampce wina.

Marcin Z. Broda

W OC szpitale nie ma złych triggerów.

Trzeba tylko wiedzieć, jakie są zalety i wady każdego z nich.