

Jest czas, żeby na nowo przemyśleć sprawę polis od zdarzeń medycznych

Ogniwiem pośredniczącym w sporze pacjenta ze szpitalem są wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Mają szybko rozstrzygać, czy w szpitalu doszło do zdarzenia medycznego, co w razie potwierdzenia otwiera pacjentowi drogę do wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia od zdarzeń medycznych i umożliwia ominięcie długotrwałej i kosztownej procedury sądowej.

Tymczasem dostęp do tego źródła finansowania roszczeń został zablokowany. Termin wejścia w życie obowiązku wykupienia przez szpitale polis ma być przesunięty z 1 stycznia 2016 r. na 1 stycznia 2017 r.

Czytaj: MZ za przesunięciem terminu wprowadzenia polis od zdarzeń medycznych

- Kolejne przesunięcie obowiązku zawarcia ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, tym razem o rok, jest działaniem doraźnym i niezłaćwiającym istoty problemu - ocenia Izabela Tatulińska, dyrektor Biura Ubezpieczeń Klientów Medycznych EIB SA. Jej zdaniem ubezpieczenie od zdarzeń medycznych powinno być dobrowolne.

Dyrektorzy szpitali nie mieliby nic przeciwko dobrowolności, byliby nawet za całkowitą likwidacją obowiązku posiadania tego rodzaju polis.

Zdaniem dyrektorów OC wystarczy

Andrzej Zieleniewski, dyrektor naczelny Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie, opowiadał w czasie Regionalnego Spotkania Menedżerów Ochrony Zdrowia w Gdańsku (11 marca 2015 r.), że pod koniec 2011 r. ubezpieczyciel poinformował go, że ze względu na trudne do oszacowania ryzyko cena polisy dla jego placówki oscylowałaby w granicach 300-400 tys. zł.

- Nadal nie mamy takich pieniędzy i nie wiem, gdzie mielibyśmy je znaleźć, skoro wartość punktu wycen procedur stoi w miejscu od 2009 roku. Płacimy już i tak wysokie składki OC, i to w te polisy powinno wejść kolejne ubezpieczenie - postulował.

Z kolei Ewa Książek-Bator, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, powątpiewała czy uzasadnieniem dla wprowadzenia polisy od zdarzeń medycznych ma być tylko to, że dochodzić roszczeń za zdarzenie medyczne można teraz na dwa sposoby: przed komisją lub przed sądem. - Po co druga polisa? - pytała retorycznie.

Generalnie dyrektorzy woleliby, by tak jak kiedyś, szpitale miały tylko polisy OC. A jeśli już miałyby też funkcjonować polisy od zdarzeń medycznych, to dobrowolne lub zdecydowanie tańsze.

Aby uzyskać więcej informacji
zapraszamy do kontaktu:

tel. +48 56 66 93 400
www.eib.com.pl



Ubezpieczenia
dla wymagających

Witold Wiśniewski, dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Rzeszowie, powiedział wprost (na Spotkaniu Menedżerów Ochrony Zdrowia, które 6 marca 2014 r. odbyło się w Rzeszowie): - Prace nad przepisami o ubezpieczeniach od zdarzeń medycznych powinny zostać zakończone i odłożone na półkę.

Tak jednoznaczną ocenę uzasadnił "bardzo złymi doświadczeniami". - Szpitale będą musiały płacić duże kwoty za obydwa ubezpieczenia. W samym tylko województwie podkarpackim ten wzrost opłat - tylko na dodatkowe ubezpieczenie - to byłaby kwota, o ile stawki nie wzrosną, około 10 mln zł - prognozował Wiśniewski.

- Ustawodawca powinien sobie dać z tym spokój - apelował i przekonywał, że to ubezpieczenie nie jest także dobrym rozwiązaniem dla pacjenta: - Generalnie, poza nielicznymi przypadkami, to tylko etap pośredni w procesie dochodzenia roszczenia, bo sprawa i tak trafia do sądu.

Ćwiczenia przed komisjami

To prawda. Często dzieje się tak, że komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych są dla stron (pacjentów i szpitali) ćwiczebnym poligonem, na którym zbiera się doświadczenia (dokumentację i ekspertyzy) przed decydującą rozgrywką w sądzie.

Musi do niej dojść, skoro szpital (po stwierdzeniu przez komisję, że doszło do zdarzenia medycznego) proponuje np. rodzinie, która straciła dziecko wypłatę złotówki (sic!). Liczy przy tym, że procesowy przeciwnik zniechęci się perspektywą ciągnącej się latami rozprawy i przyjmie co mu oferuje szpital lub jego ubezpieczyciel.

- Tymczasem sądy zasądzają coraz wyższe kwoty odszkodowań i zadośćuczynień, a to wymusza konieczność podnoszenia składek OC - zauważa Dorota M. Fal, doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, ekspert ds. ubezpieczeń zdrowotnych.

W ten sposób kółko się zamyka. Dyrektorzy szpitali, którzy kalkulują, że dzięki odłożeniu ad acta obowiązku posiadania ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, mogą się przeliczyć. Bo co prawda nie wydaliby pieniędzy na polisę od zdarzeń medycznych, ale ze względu na zasądzanie coraz wyższych kwot - drożej zapłacą za OC.

- To jest zwyczajne odsunięcie problemu z obawy przed protestami szpitali - ocenia przesunięcie terminu wprowadzenia polisy od zdarzeń medycznych Dorota M. Fal.

Z powodu wadliwej definicji ryzyka

Zapytaliśmy ją, co uważa za podstawową przyczynę tego, że kolejny raz prolongowano termin wprowadzenia ubezpieczeń od zdarzeń medycznych (nieprzekraczalną datę wyznaczano już na: 1 stycznia 2014 r., na 1 stycznia 2016 r., teraz na 1 stycznia 2017 r.).

- Podstawowym problemem jest to, że w przypadku zdarzeń medycznych źle zdefiniowano ryzyko. Jeśli jest właściwie zdefiniowane i można je wycenić, to ubezpieczyciel gotowy jest wszystko ubezpieczyć. Podam taki przykład: tam gdzie mieszkam, na płocie jest reklama: "ubezpieczymy nawet psa od kataru". I to jest prawda. Rzecz w tym, że ubezpieczyciel zgodnie z ustawą, jest w stanie dokonać wypłaty, ale tylko z pieniędzy, które zebrał ze składek.

Jej zdaniem tym należy tłumaczyć fakt, że np. nie powiodły się próby tworzenia towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, które ubezpieczałby samorządowe szpitale.

Aby uzyskać więcej informacji
zapraszamy do kontaktu:

tel. +48 56 66 93 400
www.eib.com.pl



Ubezpieczenia
dla wymagających

Konkludując: ubezpieczenie jest tylko narzędziem, które pozwala zarządzić danym ryzykiem i nie dopatruję się błędu po stronie ubezpieczyciela, ale w wadliwej regulacji - twierdzi Dorota M. Fal.

Uważa, że sytuacja może się zmienić dopiero, gdy na nowo zdefiniowanie zostanie pojęcie zdarzenia medycznego, a także zasady funkcjonowania wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

- Dobrze byłoby, żeby MZ zebrało opinie ekspertów na ten temat i przeanalizowało bogate doświadczenia komisji wojewódzkich - postuluje. - Trzeba stworzyć nowy system - taki, że jak komisja wyda orzeczenie, to wypłata musi nastąpić szybko. I nie - jak teraz się zdarza - w wysokości symbolicznej złotówki. Należy wyznaczyć nie tylko górne, ale i dolne granice wypłat.

Izabela Tatulińska, dyrektor Biura Ubezpieczeń Klientów Medycznych EIB, która opowiada się za dobrowolnością ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, podkreśla, że możliwość dowolnego kształtowania warunków ubezpieczenia mogła by otworzyć rynek.

- Dopiero jednoznaczna i ostateczna decyzja ustawodawcy może spowodować współpracę szpitala i ubezpieczyciela na gruncie zarządzania ryzykiem zdarzeń medycznych. W praktyce racjonalny ubezpieczyciel mógłby na przykład przenosić w ciężar ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej "oczywiste" roszczenie pacjenta z tytułu zdarzeń medycznych. Byłoby to opłacalne chociażby ze względu na możliwość uniknięcia bardziej kosztownego procesu sądowego - dowodzi Tatulińska.

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Jest-czas-zeby-na-nowo-przemysle-c-sprawe-polis-od-zdarzen-medycznych,I54395,I.html>

Aby uzyskać więcej informacji
zapraszamy do kontaktu:

tel. +48 56 66 93 400
www.eib.com.pl



Ubezpieczenia
dla wymagających