

Regulacje dotyczące ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych

Sporo niejasności

W ekspresowym tempie został przeprowadzony proces legislacyjny i przyjęto zmiany w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie zniesiono wprawdzie, na co liczyły szpitale, obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, ale został on przesunięty do 1 stycznia 2014 r.

Pospiesznie wprowadzono nowe regulacje do umowy ubezpieczenia, które z pewnością miały przyczynić się do obniżenia kosztu polisy, jednak w rezultacie pojawiły się błędy i niejasności w zakresie terminologii ubezpieczeniowej.

Dzięki nowelizacji

większość podmiotów leczniczych prowadzących szpitale nie zostanie wykreślonych z Rejestrów Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą prowadzonych przez wojewodów, co zgodnie z dotychczasowymi regulacjami było sankcją za brak ww. polisy.

Należy jednak podkreślić, iż podstawowy problem, jakim jest wprowadzenie obcej polskiemu porządkowi prawnemu instytucji „administracyjnej odpowiedzialności” szpitali, nie znika, gdyż pacjenci nadal mają możliwość dochodzenia roszczeń w ramach nowego pozasądowego systemu, składając wniosek do wojewódzkiej komisji.

W sytuacji wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym w przypadku braku stosownego ubezpieczenia szpital wchodzi w rolę ubezpieczyciela, tj. proponuje i wypłaca świadczenie należne poszkodowanemu z własnych środków finansowych, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdro-



Izabela Tatulińska
Manager Biura Ubezpieczeń,
Kierownik Zespołu
Zdrowia EIB SA

wia z 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego.

Czy to jest korzystniejsze dla szpitali?

EIB SA zarządza ryzykiem 110 szpitali. PZU SA proponowało naszym klientom cenę za ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych na poziomie od 176 000 zł dla szpitali rehabilitacyjnych do 745 085 zł dla szpitali klinicznych. Propozycja dla szpitali powiatowych to z kolei ponad 300 000 zł.

Przeprowadziliśmy badania wojewódzskich komisji w zakresie liczby złożonych wniosków. W wyniku wywiadu telefonicznego ustaliliśmy, że do 11 czerwca 2012 r. wpłynęły 63 wnioski ogółem, z czego 38 spełnia wymogi formalne i kwalifikuje się do merytorycznego rozpatrzenia.

Oceniając dziś sytuację i biorąc pod uwagę takie czynniki jak proponowana przez jedynego zainteresowanego ubezpieczyciela, tj. PZU SA,

wysokość składki oraz liczba wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, które dotychczas wpłynęły do wojewódzkich komisji, można by stwierdzić, iż pozostawienie ryzyka wypłat świadczeń po stronie samych szpitali wydaje się obecnie dla nich korzystne na pierwszy rzut oka.

Należy jednak mieć na uwadze, że rachunek zysków i strat za 2012 r. zostanie co do zasady zamknięty dopiero 31 grudnia 2015 r., ponieważ w tym terminie (pomijając roszczenia niektórych spadkobierców) upływie 3-letni okres przedawnienia roszczeń dla zdarzeń medycznych, o których mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Nowe rozwiązania

Obok karencji terminu dotyczącego obligatoryjności ubezpieczenia, nowelizacja wprowadziła dodatkowe, nowe rozwiązania w stosunku do pierwotnego kształtu umowy ubezpieczenia.

Po pierwsze, suma ubezpieczenia w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w miejsce dotychczasowych 1,2 mln zł dla wszystkich, uzależniona jest teraz od sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego oraz liczby łóżek w szpitalu i wynosi nie mniej niż 1 000 zł na jedno łóżko, nie mniej jednocześnie niż 300 000 zł.

Ustawodawca zróżnicował więc sumę ubezpieczenia w zależności od liczby łóżek w szpitalu, ponieważ być może spodziewa się, że ubezpieczyciele będą kalkulować składkę za łóżko, podobnie jak odbywa się wy- //

II cena ryzyka działalności medycznej w krajach o bardziej rozwiniętym rynku ubezpieczeń służby zdrowia.

Konsekwencją takiej konstrukcji sumy ubezpieczenia jest z jednej strony większe obciążenie składką mniejszych szpitali poniżej 300 łóżek, a z drugiej strony obniżenie zabezpieczenia dla tych, dla których ubezpieczenia obowiązkowe tego typu są wprowadzane, czyli poszkodowanych.

Poza tym należy mieć na względzie, że mamy w Polsce m.in. szpitale powiatowe 300-400-łóżkowe i szpitale psychiatryczne 600-łóżkowe, co oznacza, że w tych przypadkach minimalna wymagana suma ubezpieczenia dla „psychiatryka” wyniesie więcej niż dla szpitala powiatowego z oddziałem chirurgicznym i ginekologią, co może się wiązać z wyższą składką ubezpieczeniową przy mniejszym ryzyku!

Innymi słowy oznacza to, iż pacjenci korzystający z usług bardziej ryzykownych szpitali mogą mieć niższą nominalnie ochronę niż w przypadku szpitali o mniejszym ryzyku.

Naszym zdaniem, wysokość sumy ubezpieczenia powinna uwzględniać przede wszystkim ryzyko, co – jak wynika z przytoczonego przykładu – nie zawsze będzie miało miejsce. W tym miejscu należy zauważyć, że nowe rozwiązanie nie przewiduje sytuacji, kiedy w szpitalu zmienia się liczba łóżek w trakcie okresu ubezpieczenia.

Posiadanie przez szpital certyfikatu

akredytacyjnego w rozumieniu ustawy z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego pozwala na pomniejszenie o 10% sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego. Pozostaje pytanie, czy przyczyni się to również do adekwatnego obniżenia składki ubezpieczeniowej, z uwagi na to, iż ryzyko obciążenia wypłatami bardziej dotyczyć będzie dolnych „warstw” sumy.

Obecnie niewiele ponad 100 szpitali posiada ww. certyfikat przy ponad 700 podmiotach zobligowanych

do zawarcia ubezpieczenia. Szpitale bez certyfikatów mają więc 12 miesięcy na przeprowadzenie procedury oceniającej spełnianie standardów akredytacyjnych, bo dokładnie za rok o tej porze będziemy poważnie myśleć o spełnieniu obowiązku ubezpieczenia.

Oprócz zmian dotyczących sum ubezpieczenia, kolejnym rozwiązaniem, które zostało wprowadzone ad hoc w odpowiedzi na sytuację rynkową w zakresie wysokich składek ubezpieczeniowych, jest możliwość partycypacji szpitala w świadczeniu na rzecz poszkodowanego w postaci możliwości zastosowania w umowie ubezpieczenia zagregowanej franszyzy integralnej albo udziału własnego.

Zagregowana franszyza integralna

według ustawodawcy oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do poziomu której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia z zastosowaniem zagregowanej franszyzy integralnej podmiot leczniczy zobowiązany będzie do wypłaty świadczeń do wysokości tej franszyzy, a więc pozostają one na udziale tego podmiotu leczniczego.

Zapisy ustawy nowelizującej stanowią, że zagregowana franszyza integralna nie może być wyższa niż 50% sumy ubezpieczenia. Załóżmy, że podmiot leczniczy zdecydował się zastosować zagregowaną franszyzę integralną w wysokości 50% sumy ubezpieczenia. Dla szpitala 300-łóżkowego oznacza to, że łączne wypłaty świadczeń do wysokości 150 000 zł będzie pokrywał samodzielnie. Im większy szpital, tym wyższa suma ubezpieczenia i wyższa nominalna franszyza.

Opisany mechanizm, zgodnie z teorią ubezpieczeń, odpowiada definicji zagregowanej franszyzy redukcyjnej i w celu uniknięcia chaosu terminologicznego tak należałoby go nazywać. Używane przez ustawodawcę pojęcie „zagregowa-

nej franszyzy integralnej” prawidłowo rozumiane oznacza łączną kwotę świadczeń, po przekroczeniu której ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w pełnej kwocie, a więc również te wypłacone dotychczas przez szpital samodzielnie.

Pośpiech we wprowadzaniu obecnych rozwiązań, które odpowiadają wyłącznie na konkretną sytuację rynkową, powoduje powstanie karykaturalnych protez w ramach systemu ubezpieczeń obowiązkowych, które na dodatek są niewłaściwie nazwane. Jeszcze raz należy z całą mocą podkreślić, że ubezpieczenia obowiązkowe tworzone są dla poszkodowanych, a nie dla ubezpieczających. Obecne rozwiązania w ogóle interesu poszkodowanych nie uwzględniają.

Z kolei zapis pozwalający zawrzeć umowę ubezpieczenia z zastosowaniem proporcjonalnego udziału własnego w wysokości nie wyższej niż 50% sumy ubezpieczenia z uwagi na zastosowane błędne nazewnictwo prawdopodobnie będzie „martwy”.

Założmy, że mówimy o szpitalu klinicznym, który ma 1000 łóżek i decyduje się wprowadzić udział własny na poziomie 50%. Zgodnie z ustawą, powinien posiadać sumę ubezpieczenia równą co najmniej 1 000 000 zł. Udział własny określony w sposób zdefiniowany wyżej wynosi 500 000 zł i przekracza maksymalną wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta, określoną w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta, tj. 100 000 zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta i 300 000 zł w przypadku śmierci pacjenta.

Ustawodawca popełnił błąd, odnosząc udział własny do sumy ubezpieczenia zamiast do świadczenia.

Przykład

W konstrukcji, która wynika z treści przepisów – z ekonomicznego punktu widzenia – dla szpitala rozwiązanie w niczym nie różni się od rozwiązania zagregowanej franszyzy

integralnej. Ta ostatnia, mimo błędnej nazwy, jest jednak jakoś w ustawie opisana i należy założyć, że rynek ubezpieczeniowy będzie stosował rozwiązanie bardziej zrozumiałe, w którym ustawodawca wytłumaczył przynajmniej o co mu chodzi.

Zakładając, że udział własny zostałby określony prawidłowo jako udział własny szpitala w wypłaconym przez ubezpieczyciela świadczeniu, różnicę między zagregowaną franszją integralną a udziałem własnym można wyjaśnić posługując się przykładem:

Założenia – suma ubezpieczenia: 300 000 zł; kwota świadczenia: 100 000 zł	
Zagregowana franszja integralna 50%	Udział własny 50%
Szpital płaci: 100 000 zł	Szpital płaci: 50 000 zł
Ubezpieczyciel płaci: 0 zł	Ubezpieczyciel płaci: 50 000 zł
Ale po przekroczeniu w następnych zdarzeniach kwoty 150 000 zł ubezpieczyciel płaci świadczenia w pełnej wysokości w ramach sumy ubezpieczenia.	Do wyczerpania sumy ubezpieczenia szpital i ubezpieczyciel wypłacają świadczenia po połowie.

Stworzono więc możliwość zastosowania konstrukcji warstwowych – poziomych i pionowych. W pierwszym przypadku odpowiedzialność szpitala i ubezpieczyciela jest podzielona poziomo. Do max. 50% sumy ubezpieczenia odpowiada szpital, następnie do wysokości sumy ubezpieczenia odpowiada ubezpieczyciel, a powyżej znowu szpital. W drugim przypadku od początku szpital i ubezpieczyciel odpowiadają w ustalonej proporcji (max. 50 na 50) do czasu wyczerpania sumy ubezpieczenia.

Zastosowanie opisanych mechanizmów zagregowanej franszji integralnej oraz udziału własnego stwarza szpitalowi możliwość wyboru między teoretycznie tańszym ubezpieczeniem z kwotowo ograniczoną lub też przesuniętą odpowiedzialnością ubezpieczyciela a droższą i nominalnie wyższą ochroną ubezpieczeniową działającą „od dołu”.

Podjęcie racjonalnej ekonomicznej decyzji odnośnie kształtu umowy ubezpieczenia będzie łatwiejsze w tych szpitalach, które prowadzą świadomą politykę zarządzania ryzykiem. EIB SA przygotowało

w tym celu stosowne narzędzia, których wdrożenie rekomenduje swoim klientom.

Wystarczy ubezpieczenie OC?

Porównując zakresowo ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego i ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych, można stwierdzić, że ryzyka te są pozornie tożsame. Należy jednak mieć na względzie odmienny sposób dochodzenia roszczeń.

W odniesieniu do odpowiedzialności cywilnej należy wykazać winę

śnie zachodzą przesłanki odpowiedzialności cywilnej i udowodnić, że ponosi winę w związku z wystąpieniem zdarzenia medycznego.

Podsumowując, za mankament zastosowanych rozwiązań należy uznać rozróżnianie dwóch ubezpieczeń, które w zasadzie dotyczą tego samego ryzyka prowadzenia działalności leczniczej. W istocie należałoby globalnie podejść do jego oceny oraz plasowania i to bez względu na trudności w ich klasyfikacji.

Można się np. spodziewać, iż niekorzystnie finansowo będzie lokowanie ubezpieczenia OC i ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych u dwóch różnych ubezpieczycieli, z tego względu, że ubezpieczyciel zdarzeń medycznych ma możliwość składania propozycji świadczenia w sytuacji wydania przez wojewódzką komisję orzeczenia, że zaszło zdarzenie medyczne. Może on proponować niskie świadczenia, nieakceptowalne przez poszkodowanego, który w kolejnym kroku uda się do sądu cywilnego.

To z kolei oznacza uruchomienie polisy odpowiedzialności cywilnej. Ten mechanizm może powodować, że ubezpieczyciel OC przy ocenie ryzyka będzie uwzględniał fakt zawarcia z nim umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

Pospieszna nowelizacja

Na zakończenie należy wyraźnie zaakcentować, że omawiana nowela nie reguluje sytuacji tych podmiotów leczniczych, które mając na względzie obowiązujące prawo, zawarły umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, ponosząc kilkusetmilionowy wydatek na składkę.

Po raz kolejny w trosce o naprawienie za wszelką cenę popełnionych błędów zastosowano pospieszne rozwiązania rujnące system polskiego porządku prawnego.

IZABELA TATULIŃSKA
 Manager Biura Ubezpieczeń,
 Kierownik Zespołu
 Zdrowia EIB SA