

Szpitala wykupią ubezpieczenia od zdarzeń medycznych?

Niewykluczone, że termin wykupienia przez szpitale ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, wyznaczony w znowelizowanej ustawie o działalności leczniczej na 1 stycznia 2014 r., znów zostanie przesunięty. Ministerstwo Zdrowia zastanawia się, co zrobić z tymi ubezpieczeniami; posiada je tylko 30 szpitali.



RYSZARD ROTAUB

O bencie trwają analizy zasadności utrzymania terminu 31 grudnia 2013 r. jako ograniczającego fakultatywność ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – poinformował nas Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia.

Według obecnego stanu prawnego, następnego dnia, czyli od 1 stycznia 2014 r., podmioty lecznicze prowadzące szpitale mają obowiązek posiadania umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

Ubezpieczonych ubywa

Pytanie, czy do tego czasu dopełnią tej powinności? Zainteresowania polisami jakoś nie widać.

Zapytaliśmy rzecznika resortu zdrowia, ile szpitali ma teraz umowy z ubezpieczycielami. Odpowiedział, że „zgodnie z informacjami uzyskanymi z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na dzień 27 sierpnia 2013 r. 30 szpitali posiadało umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalno-

ści leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217)".

Dłaporównania: 29 sierpnia ubiegłego roku wiceminister zdrowia Sławomir Neumann raportował posłom w Sejmie, że umowy miało 278 szpitali z ogólnej listy 1070 placówek w kraju. Czyli w ciągu roku zamiast oczekiwanego wzrostu liczby umów od zdarzeń medycznych zawartych z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeniowym SA (PZU było jedyną firmą oferującą tego typu ubezpieczenia) mamy do czynienia z ich spadkiem – wycofało się aż 248 placówek.

Niewiele lecznic mogło sobie pozwolić na zakup polis. Zaporowe ceny, na które szpitale nie było stać, zmusiły resort zdrowia do zainicjowania nowelizacji ustawy o działalności leczniczej. Weszła w życie w czerwcu 2012 r. i przewidywała, że ubezpieczenie szpitali od zdarzeń medycznych ma być obowiązkowe dopiero od 1 stycznia 2014 r., a nie

60
w tylu sprawach
– na 170 zakończonych
postępowań
– wojewódzkie
komisje ds. zdarzeń
medycznych przyznały
rację pacjentom
(do maja 2013 r.).

jak w poprzedniej nowelizacji – od 1 lipca 2012 r.

Biorąc pod uwagę to, co powiedział Krzysztof Bąk (że właśnie trwa ją analizy zasadności utrzymania terminu 31 grudnia 2013 r.) oraz fakt, że jedynie 30 polskich lecznic ma ubezpieczenie od zdarzeń medycznych, można sobie odpowiedzieć, czy mógł ich posiadania od początku

przeszłego roku zostanie utrzymany, o ile w ogóle pozostanie.

Rodzi się jednak pytanie: z czego szpitale, które nie mają wspomnianego ubezpieczenia, wypłacają pacjentom orzeczone kwoty? Bo przecież placą, wszak wojewódzkie komisje do spraw zdarzeń medycznych cały czas orzekają o błędach medycznych.

Ze statystyk Biura Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że chorzy zdążyli już złożyć ok. 800 wniosków o roszczenia. Do maja 2013 r. komisje na 170 zakończonych spraw tylko w 60 przyznały rację poszkodowanym.

Płacić trzeba, ale z czego?

Radca prawny Piotr Kulik, przewodniczący Wojewódzkiej Komisji ds. Zdarzeń Medycznych w województwie kujawsko-pomorskim, podkreślił w rozmowie z nami, że w razie ustalenia zdarzenia medycznego, szpital zobowiązany jest wypłacić stosowne świadczenie. Czy można pokryć je z OC? 

RYNEK ZDROWIA rynekzdrowia.pl
MEDYCYNĄ • FINANSY • ZARZĄDZANIE

22-23 października 2013 r. ■ Warszawa (hotel Sheraton)

IX FORUM RYNKU ZDROWIA

Obecna sytuacja i przyszłość polskich szpitali

(22 października, godz. 12.00-14.00)

W PROGRAMIE M.IN.:

- Plany samorządów i innych organów prowadzących szpitale w kontekście zapisów ustawy o działalności leczniczej
- Barometr finansów polskich szpitali – nie tylko zobowiązania
- Skala i efekty dotychczasowej pomocy publicznej dla zadłużonych szpitali
- Jednostki uniwersyteckie i instytuty – jak powinny funkcjonować
- Ubezpieczenia szpitali
- Powrót do dyskusji o sieci szpitali

Więcej o Forum: www.rynekzdrowia.pl (dział Konferencje)

– Według mojej wiedzy, ubezpieczyciele wykluczali możliwość pokrycia takiej szkody z polisy OC, argumentując m.in., że nie po to ustawodawca wprowadził dwa rodzaje ubezpieczenia (OC i od zdarzeń medycznych), żeby nieposiadanie jednego pozwalało reasekurować się drugim – wyjaśnił prawnik i zauważył, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odnosi się wyłącznie do ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Natomiast OC, mimo że jest ubezpieczeniem obowiązkowym, to pozostaje umową określającą przepadek, w których następują wypłaty.

**// Trwają analizy
zasadności utrzymania
terminu 31 grudnia 2013 r.
jako ograniczającego
fakultatywność ubezpieczenia
na rzecz pacjentów z tytułu
zdarzeń medycznych.**

Skoro z OC nie można regulować tych zobowiązań, szpitalom pozostaje sięgnąć po wypracowane przez siebie środki, pochodzące głównie z kontraktów z NFZ. – Wiem z mediów o propozycjach szpitali wypłaty pacjentom bardzo niskich świadczeń – rzędu tysiąca czy dwóch tysięcy zł – ale nie w naszym województwie – zaznaczył Kulik.

– Szpitale, pomimo obowiązujących przepisów właściwego rozporządzenia, które pozwala należycie „tak-sować” wartość świadczenia, proponują symboliczne kwoty. Mogą tym samym wpaść w pułapkę, gdy niezadowoleni pacjenci skierują sprawy do sądów, w których mogą uzyskać znacznie wyższe zadośćuczynienia i odszkodowania – zwrócił uwagę prawnik. Dodał jednak, że zapadalność orzeczeń o zdarzeniach medycznych przed komisjami jest, jak dotąd, dość niska i według jego oceny, nie odnotowano większego napływu takich spraw do sądów.

W każdym razie to niepokojący sygnał, bo komisje do spraw zdarzeń medycznych powołano po to, żeby ominąć sądową ścieżkę i skończyć

wreszcie z patologią wlokących się latami procesów, w których poszkodowani walczyli o pieniądze na dalsze leczenie lub rehabilitację. Założenie było takie, że można się do nich odwołać wtedy, kiedy strony nie dojdą do porozumienia w zakresie wysokości odszkodowania. Tymczasem groszowe świadczenia wręcz prowokują do szukania sprawiedliwości w sądach.

Potrzebne zmiany w ustawach

Mimo nowelizacji niewolna od wad jest ustawa o działalności leczniczej – przynajmniej w zakresie, w jakim traktuje o ubezpieczeniach od zdarzeń medycznych.

– Jeśli doszłoby do przesunięcia terminu wykupienia przez szpitale obowiązkowych ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, to dobrze byłoby wykorzystać tę okazję i uwzględnić w nowelizacji uwagi zgłaszane przez środowisko ubezpieczycieli i menedżerów szpitali – powiedział nam radca prawny Łukasz Zoń, dyrektor Biura Prawnego EIB SA, firmy brokerskiej zarządzającej ryzykiem w ponad 100 polskich szpitalach.

Jego zdaniem, konieczne jest doprowadzenie do zgodności terminologii używanej w ustawie o działalności leczniczej z terminologią ubezpieczeniową. – Mam na myśli błędne, moim zdaniem, użycie określenia „zagregowana franszyza integralna” w sytuacji, gdy z analizy treści zapisów wynika, że ustawodawcy chodziło o „zagregowaną franszyzę redukcyjną”.

Nie jest to rzecz marginalna, bo konkretne zapisy mają następstwa finansowe dla stron. – Nie wchodząc w szczegóły, franszyza redukcyjna zawsze pomniejsza odszkodowanie, a integralna ma na celu przerzucenie drobnych szkód na barki ubezpieczonego, podczas gdy duże szkody pokrywa w całości ubezpieczyciel – wyjaśnił Łukasz Zoń.

Zauważył, że wiąże się z tym kwestia sposobu partycypacji szpitala w kosztach odszkodowania. – Przy prawidłowym zastosowaniu konstrukcji „zagregowanej franszy-

zy integralnej”, tak naprawdę, po przekroczeniu ustalonego w umowie ubezpieczenia poziomu, szpital mógłby domagać się od ubezpieczyciela pełnego zwrotu dotychczas wypłaconych odszkodowań i przejęcia dalszych wypłat. Wydaje się, że nie o taką konstrukcję ustawodawcy chodziło. Stąd konieczność zmiany – powiedział dyrektor Zoń.

W ocenie naszego rozmówcy, udział własny ubezpieczonego nie powinien być odniesiony, tak jak jest teraz, do sumy ubezpieczenia, ale do odszkodowania, gdyż to właśnie jest jego istotą.

Kwestie, których nie rozstrzyga ustawa

Uzasadniając tę tezę, Łukasz Zoń posłużył się następującym przykładem: – Przy sumie ubezpieczenia 600 tys. złotych i więcej, zastosowanie zaproponowanego przez ustawodawcę „udziału własnego wynoszącego 50% sumy ubezpieczenia” powoduje, że ubezpieczyciel nigdy nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania, gdyż maksymalne odszkodowanie z tytułu śmierci pacjenta nie może przekroczyć 300 tys. złotych.

Kolejny problem dotyczy zmiany liczby łóżek w trakcie trwania okresu ubezpieczenia. Ustawa w obecnym kształcie nie rozstrzyga tej kwestii. Pozostawia się to praktyce. Dyrektor Zoń stwierdził, że niepotrzebnie, bo można przecież skonstruować odpowiednie rozwiązania, które będą pomocne w często występującej obecnie sytuacji, gdy szpitale likwidują pewne oddziały i tworzą nowe.

Z kolei w ustawie o prawach pacjenta należałoby, zdaniem prawnika, rozważyć kwestię uzgadniania propozycji wysokości odszkodowania między szpitalem a ubezpieczycielem. W dzisiejszym stanie prawnym propozycję składa samodzielnie ubezpieczyciel, bez żadnej kontroli ze strony szpitala, którego przecież w konsekwencji obciąża finansowy efekt działań ubezpieczyciela w postaci tzw. szkodo-

