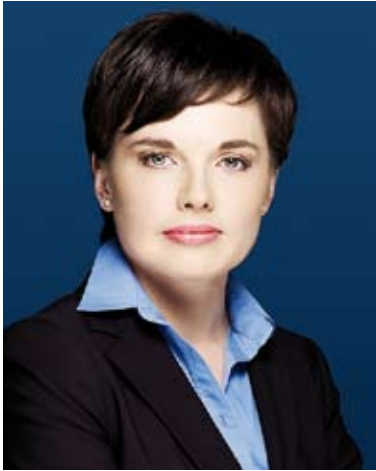


# Nowe ubezpieczenia szpitali po nowelizacji



mec. Anna Kowalczyk-Pogorzelska



Agata Apanel

Niedługo upłynie rok od kiedy weszły w życie przepisy wprowadzające nowy obowiązek ubezpieczeniowy dla szpitali – ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjenci lub ich bliscy (w przypadku śmierci pacjenta) zyskali możliwość dochodzenia roszczeń z tytułu wystąpienia zdarzeń medycznych, w wyniku których doszło do zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta także przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Choć idea utworzenia szybszej – administracyjnej drogi uzyskania gwarantowanego odszkodowania przez poszkodowanych pacjentów bez doszukiwania się czyjejkolwiek winy jest słuszna, pacjenci, jak wynika z dotychczasowej praktyki komisji, wykazują nią niewielkie zainteresowanie, natomiast problemy szpitali związane z nowym obowiązkiem ubezpieczeniowym jedynie się mnożą.

Wprowadzenie w styczniu 2012 r. nowego obowiązku ubezpieczeniowego odnośnie zdarzeń medycznych było swoistym eksperymentem. Niewiadomo było, jak zareagują na niego pacjenci oraz czy szpitale zasypane zostaną lawiną roszczeń. Głównym założeniem nowego systemu było uproszczenie procedury dochodzenia roszczeń i umożliwienie pacjentom uzyskiwania odszkodowań przed specjalnymi wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Prace komisji miały zastąpić przeciągające się procesy sądowe i zagwarantować pacjentom pewne odszkodowania.

Pomimo wielokrotnych postulatów ze strony środowisk szpitalnych, Ustawodawca, wprowadzając nowy obowiązek ubezpieczeniowy, nie wskazał źródła finansowania zakupu polis ubezpieczeniowych. Szpitale zostały niejako zmuszone do zakupu ubezpieczeń ze środków z NFZ przeznaczonych na leczenie, badania, nowy sprzęt szpitalny czy leki. Nie pozostawiono również szpitalom okresu przygotowawczego, który umożliwiłby zbadanie jak zareagują one na nowe obciążenia finansowe. Niemożność oceny ryzyka i fakt, że liczba zdarzeń medycznych w szpitalach stanowi poniekąd temat „tabu” spowodowały, że jedynie nieliczne zakłady ubezpieczeń, a w praktyce tylko jeden – PZU S.A. – zdecydował się na zaoferowanie polisy ubezpieczeniowej, której koszt wykupu przerósł wielkość szpitali. Dodatkowym niesprzyjającym czynnikiem był nagły czas. Art. 108 Ustawy o działalności leczniczej przewidywał dla szpitali, które nie wykupią obowiązkowych ubezpieczeń sankcję w postaci wykreślenia przez wojewodę z rejestru podmiotów leczniczych równoważną z zakazem wykonywania działalności objętej wpisem. Wszystko to spowodowało, że nad wieloma szpitalami roztoczyła się wizja bankructwa, dlatego informację o obietnicy zniesienia obowiązku wykupienia dodatkowych polis potraktowano jako przejaw nadejścia pozytywnych zmian.

**Według stowarzyszenia Primum Non Nocere, w Polsce rocznie popełnianych jest co najmniej 20 tysięcy błędów lekarskich. W sytuacji rosnącej świadomości prawnej obywateli polskich w zakresie dochodzenia ich praw jako pacjentów, a co za tym idzie – rosnącej w tym zakresie liczby skarg i dochodzonych odszkodowań, uznano za konieczne wprowadzenie istotnych zmian w dochodzeniu przez pacjentów odszkodowań za szkody spowodowane błędami medycznymi.**

27 czerwca Prezydent RP podpisał Ustawę z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw („Ustawa”). Nowelizacja ta nie wprowadziła jednak dobrowolności w zakresie posiadania ubezpieczeń od zdarzeń medycznych przez szpitale, odrzucając tym samym najczęściej wysuwany postulat. Termin na zakup ubezpieczeń od zdarzeń medycznych został przesunięty do dnia 1 stycznia 2014 roku. Należy jednak podkreślić, że przesunięcie w czasie „nieuchronnego”, niczego w praktyce nie zmieni. Dążenie do nieprzemysłanego nałożenia na szpitale nowych obciążeń bez wskazania źródeł ich finansowania, brak symulacji skutków ekonomicznych Ustawy oraz brak analizy ofert ze strony firm ubezpieczeniowych są wysoce ryzykowne. Ministerstwo Zdrowia liczy jednak na to, że w miarę upływu czasu, gdy będzie znana liczba wniosków kierowanych do komisji do spraw zdarzeń medycznych, a także, gdy wykształci się już ich linia orzecznicza, pojawi się też więcej produktów ubezpieczeniowych dla szpitali oferowanych przez różnych ubezpieczycieli. Tymczasem podsumowanie pierwszych miesięcy pracy komisji oraz ilości kierowanych doń wniosków pozwala na postawienie zupełnie innej tezy. Szkoda, iż ustawodawca do tej pory nie rozważył postulatów zawierających alternatywne rozwiązania zaistniałego impasu umożliwiające uniknięcie wysokich kosztów utrzymania komercyjnego

ubezpieczenia od zdarzeń medycznych poprzez na przykład utworzenie wzorem szwedzkiej ochrony zdrowia taniego publicznego funduszu odszkodowań dla szpitali, z którego finansowane byłyby ewentualne roszczenia pacjentów, bądź też powołanie przez szpitale towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Z uwagi na odroczenie w czasie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia szpitali z tytułu zdarzeń medycznych, w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2013 roku, szpitale będą mogły zawrzeć umowę ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, przy czym w przypadku braku polisy pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych ponosić będzie podmiot leczniczy w granicach określonych przez znowelizowaną Ustawą zmieniającą art. 67k ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, toczące się w chwili wejścia w życie Ustawy postępowania o wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru z powodu braku ubezpieczenia od zdarzeń medycznych zostaną umorzone z mocy prawa. Również brak umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nie stanowi podstawy do odrzucenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia oferty w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Według danych pochodzących z Ministerstwa Zdrowia, do dnia 30 czerwca 2012 r. ubezpieczenia od zdarzeń medycznych wykupiło 278



szpitali. Biorąc pod uwagę, że ubezpieczenie od zdarzeń medycznych będzie obowiązkowe od 1 stycznia 2014 roku, a w okresie do dnia 31 grudnia 2013 roku ubezpieczenie to jest dobrowolne, konieczna z punktu widzenia szpitali wydaje się również zmiana zapisów pozwalających na aneksowanie lub rozwiązanie umów ubezpieczenia od zdarzeń medycznych zawartych przez szpitale przed dniem 30 czerwca 2012 roku. W związku z dużą liczbą wydatków, którym muszą sprostać szpitale, część placówek, która wykupiła ubezpieczenia od zdarzeń medycznych próbuje teraz rozwiązać umowy zawarte z PZU. Problem w tym, że ubezpieczyciel nie chce zwracać w całości wpłaconej przez szpitale składki, słusznie brońąc się tym, że jednak przez okres obligatoryjności ubezpieczeń od zdarzeń medycznych udzielał szpitalom ochrony ubezpieczeniowej. Niektórzy dyrektorzy szpitali już zapowiedzieli wystąpienie z pozwem zbiorowym przeciwko Skarbowi Państwa, jednakże jego realizacja stoi prawdopodobnie pod znakiem zapytania ze względu na wątpliwości prawne związane z koniecznością stwierdzenia w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym niezgodności zmian wprowadzonych w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z Konstytucją.

Żaden z przepisów znowelizowanej Ustawy nie precyzuje charakteru umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, a tym samym w dalszym ciągu nie jest jasnym, do jakiej kategorii umowę tę należy zakwalifikować (OC czy NNW). Przywołując niedawną debatę na temat charakteru ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, zasadnym wydaje się uzupełnienie Załącznika do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej zgodnie z Komunikatem Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 lutego 2012 r. przez formalne „dodanie” ubezpieczeń od zdarzeń medycznych do Działu II Grupy I pt. „Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe”. Powinno się również doprecyzować, na jakich zasadach zakład ubezpieczeń poniesie odpowiedzialność oraz jakie są jego możliwości regresowe, a także jakie są możliwości regresowe szpitala. Niejasna jest także relacja pomiędzy

ubezpieczeniem na rzecz pacjentów a obowiązkowym ubezpieczeniem OC szpitali.

Szpitalne ubezpieczenia od zdarzeń medycznych są ubezpieczeniami o triggerze „occurrence”. Wskazuje na to art. 25 ust. 1 pkt 2 Ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z jego treścią, ubezpieczenie szpitala od zdarzeń medycznych obejmuje zdarzenia medyczne, które miały miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Podobnie jest z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, co wynika z § 1 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w związku z art. 822 kodeksu cywilnego. W tym typie ubezpieczeń także zastosowano model „occurrence”. Ubezpieczenia szpitali różnią się w ramach tego samego triggera jedynie okresami zgłaszania roszczeń. Zgodnie z treścią art. 67c ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, aby uzyskać odszkodowanie z tytułu zdarzeń medycznych roszczenie powinno zostać zgłoszone w ciągu roku od dnia, w którym pacjent dowiedział się o zdarzeniu medycznym (jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od momentu, kiedy zdarzenie to miało miejsce). W przypadku ubiegania się poszkodowanego o odszkodowanie z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, termin ten wynosi trzy lata od kiedy pacjent dowiedział się o szkodzie oraz o osobie obowiązanej do jej naprawienia, bez

kilka podmiotów. Miałyby to olbrzymie znaczenie zwłaszcza dla małych podmiotów – posiadających poniżej 300 łóżek, ale przyniosłoby również spore oszczędności finansowe dla większych podmiotów, które dbają o standardy świadczeń w celu zapobieżenia występowania zdarzeń medycznych. Oszczędności na składce ubezpieczeniowej można by przeznaczyć na działania prewencyjne i eliminację zdarzeń niepożądanych.

Przechodząc do pozytywnych rozwiązań legislacyjnych Ustawy zmieniającej, z pewnością jest nim między innymi przychylenie się do głosów wielu dyrektorów szpitali, którzy krytykowali jednakową dla wszystkich placówek sumę gwarancyjną ubezpieczenia. Przed nowelizacją ustawy o działalności leczniczej wynosiła ona, bez względu na wielkość i profil placówki, 1,2 mln zł. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym, suma ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 300 000 zł (z uwagi na to, że jest to maksymalna wysokość świadczenia w przypadku śmierci pacjenta) i uzależniona jest od liczby łóżek w szpitalu oraz sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego, która wynosi nie mniej niż 1000 zł. Jednocześnie posiadanie przez podmiot leczniczy certyfikatu akredytacyjnego, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia, spowoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego o 10%. Należałoby się w tym miejscu zastanowić nad zasadnością przepisu dotyczącego pomniejszenia sumy ubezpie-

wy transgranicznej, regulacje ustawowe nie powinny ograniczać możliwości uzyskania akredytacji do wyłącznej jednej krajowej instytucji, jaką jest Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Istnieją bowiem inne renomowane narodowe i międzynarodowe instytucje akredytacyjne, które akredytują szpitale na obszarze Unii Europejskiej.

Należy dodać, iż Ustawa zmieniająca wprowadza także przepis umożliwiający zawieranie umów ubezpieczenia z zastosowaniem zagregowanej franszyzy integralnej oraz z udziałem własnym podmiotu leczniczego, w obu przypadkach nie wyższych niż 50% sumy ubezpieczenia. W przypadku zawarcia umowy z zastosowaniem franszyzy, podmiot leczniczy jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości franszyzy pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego.

Podsumowując, zmiana sumy ubezpieczenia dla szpitali i uzależnienie jej wysokości od liczby łóżek jedynie doraźnie poprawią sytuację lecznic. Cały czas postuluje się, aby podmioty prowadzące szpitale miały nieograniczoną czasowo swobodę w podejmowaniu decyzji, czy odpowiedzialność wobec pacjentów będzie ponosiła lecznica, czy ubezpieczyciel. Takie rozwiązanie pozwoliłoby na uniknięcie wysokich kosztów utrzymania obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych przez szpitale o niskiej szkodowości. Gdyby ubezpieczenia tego nie było w ogóle, można by również zwiększyć sumy gwarancyjne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Przepisy wprowadzające ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, nawet w obecnym kształcie, nie ułatwiają szpitalom lepszego funkcjonowania. Choć intencją ustawodawcy było podniesienie jakości udzielanych przez nie świadczeń, to w efekcie zmiany przyniosły wiele zamieszania i dodatkowe wydatki. Biorąc pod uwagę powyższe, trudno zaprzeczyć twierdzeniu, że w kwestii ubezpieczeń niewiele zmieniło się na lepsze. Wydaje się, że szpitale wcześniej czy później, i tak będą skazane na podpisanie umów na sztywnych warunkach, częściowo dyktowanych przez ubezpieczyciela.

„W kwestii dodatkowych ubezpieczeń medycznych MZ liczy na to, że z czasem, gdy poznamy liczbę wniosków kierowanych do komisji ds. zdarzeń medycznych, pojawi się też więcej produktów ubezpieczeniowych.”

względu na upływ czasu od momentu, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (art. 442<sup>1</sup> § 3 kodeksu cywilnego).

Ważne z punktu widzenia szpitali byłoby także doprecyzowanie, czy istnieje możliwość ubezpieczenia szpitala w ramach polisy obejmującej

czenia z tytułu posiadania akredytacji w ochronie zdrowia. Samo posiadanie certyfikatu nie powinno mieć wpływu na wysokość sumy ubezpieczenia, lecz na ocenę ubezpieczyciela i wysokość składki ubezpieczeniowej. Ponadto, szczególnie w obliczu wchodzącej w życie w przyszłym roku dyrekty-