

Podwyżka stawek polis OC dla szpitali

Monopol na ubezpieczenia



fot. images.com/corbis

Polskie szpitale stanęły przed koniecznością zapłacenia kilkuset milionów złotych obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Od 200 tys. do 700 tys. zł rocznie od każdej placówki zażyczył sobie jedyny na rynku ubezpieczyciel, który zaoferował nowe polisy. Dyrektorzy alarmują, że to często 1 proc. wysokości kontraktów tych szpitali z Narodowym Funduszem Zdrowia – kwota, która będzie wyrwą w kruchych budżetach placówek.

Obowiązkowe ubezpieczenie osobowe zawierane przez szpital na rzecz pacjentów od tzw. niepożądanych zdarzeń medycznych powiązane jest z ustanowieniem komisji orzekających przy wojewodach. Nową formułę wprowadziła nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z 28 kwietnia 2011 r. Obo-

wiązek ubezpieczenia się od roszczeń w tym zakresie narzucił dyrekcjom szpitali art. 17 ustawy o działalności leczniczej.

Komisje wojewódzkie będą orzekały, czy w danej sytuacji doszło do tzw. zdarzenia medycznego i czy jego skutkiem był rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała lub za-

każenie pacjenta. Nie będą więc rozpatrywać sprawy pod kątem błędu konkretnego członka personelu medycznego. Wniosek może złożyć poszkodowany lub jego spadkobierca tylko w wypadku, gdy jednocześnie w tej sprawie nie toczy się postępowanie cywilne lub przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Ile odszkodowań

Stawki odszkodowań, które mogą być orzekane przez komisje wojewódzkie, wynoszą maksymalnie 100 tys. zł w wypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i do 300 tys. zł w wypadku śmierci pacjenta. Każdy szpital będzie mógł być obciążony roszczeniami do 1,2 mln zł.

W uzasadnieniu do ustawy o prawach pacjenta podano, że w 10 proc. procedur dochodzi do błędów medycznych. W 2009 r. w Polsce mogło dojść aż do 835 tys. błędów medycznych. Polska Izba Ubezpieczeń szacuje, że suma roszczeń z tego tytułu może wynieść 835 mln zł (przy założeniu, że tylko co dziesiąty błąd będzie skutkowało zdarzeniem, które trafi przed komisję wojewódzką, a średnie odszkodowanie wyniesie np. 10 tys. zł).

Jeden gracz na rynku

Większość firm ubezpieczeniowych wycofała się ze sprzedawania polis lecznicom, uznając to za zbyt ryzykowny interes. Zabrakło im czasu i narzędzi do oszacowania nowego ryzyka, tabel taryfikacyjnych czy publikacji orzeczeń sądów. W ten sposób na rynku pozostał tylko PZU, który jako monopolista podyktował twarde warunki.

Duże kliniki usłyszały, że za dodatkową polisę muszą zapłacić ok. 700 tys. zł, wojewódzkie szpitale 400–500 tys. zł, a powiatowe lecznice od 200 tys. do 300 tys. zł. Na dodatek podniesione zostały sumy gwarancyjne w obowiązkowym ubezpieczeniu OC. Z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) wynika, że koszty szpitali z tytułu ubezpieczeń wzrosną ze 110 mln zł do 430 mln zł. A według szacunków Pracodawców RP, szpitale za nowe polisy zapłacą co najmniej 900 mln zł rocznie.

– *Protestuję przeciwko tym obciążeniom jako dyrektor i jako pacjent. I nie chodzi tylko o to, że propozycja, jaką złożył nam ubezpieczyciel, była o 1/3 wyższa niż w poprzednim roku, ale również o to, że warunki prawne mówiące o limitach wypłaconych sum odszkodowań, powyżej których składka znacząco wzrosła, są nie do przyjęcia* – argumentuje dr Anna Prokop-Staszecka, dyrektor Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

– *Składka ubezpieczeniowa OC wzrosła o 60 proc. Polisy od zdarzeń medycznych wyliczono nam na 750 tys. zł, a to jest prawie 1 proc. naszego rocznego kontraktu z NFZ. W sumie opłaty ubezpieczeniowe w porównaniu z ubiegłym rokiem wzrosną nawet trzykrotnie* – wylicza Dorota Węglowska, zastępca dyrektora ds. administracyjnych Szpitala w Prokocimiu.

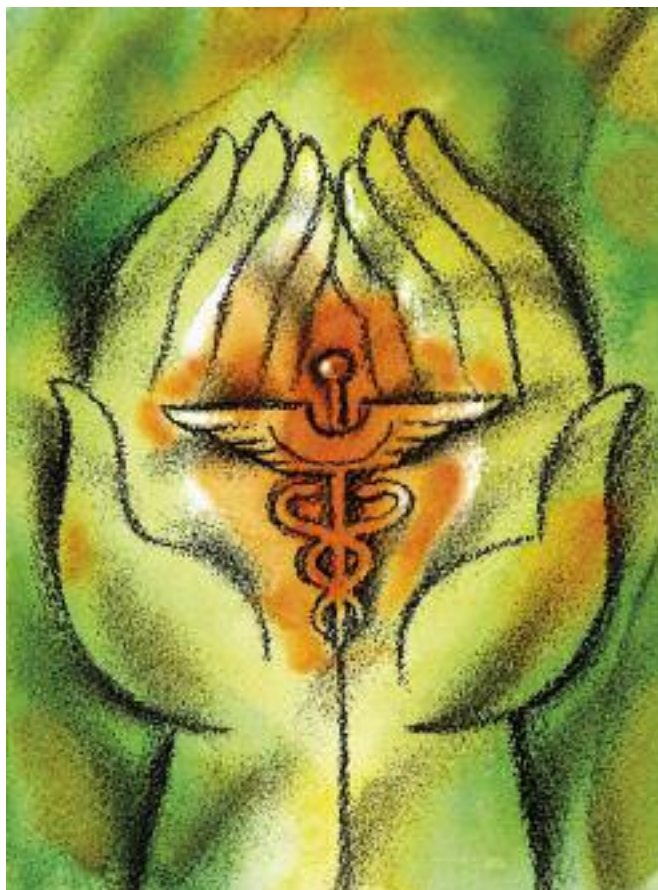


foto: Images.com/Corbis

„ Z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń wynika, że koszty szpitali z tytułu ubezpieczeń wzrosną ze 110 mln zł do 430 mln zł. Według szacunków Pracodawców RP, szpitale za nowe polisy zapłacą co najmniej 900 mln zł ”

Dyrektorzy protestują

W Małopolsce w negocjacje pomiędzy szpitalami a PZU zaangażował się marszałek Wojciech Kozak. Do zaplanowanego spotkania marszałka i dyrektorów lecznic z przedstawicielami PZU jednak nie doszło. Ubezpieczyciel w ostatniej chwili się wycofał. Rozmowy z ubezpieczycielem zapowiedziało również Ministerstwo Zdrowia. Jednocześnie biuro prasowe PZU rozesłało do mediów informację, że nie zamierza prowadzić rozmów na temat składek. – *Składka ubezpieczeniowa dla każdego szpitala, który zwraca się o zaprezentowanie oferty, jest kalkulowana indywidualnie, na podstawie ryzyka prowadzonych procedur medycznych oraz skali działania* – poinformowała Agnieszka Rosa z zespołu PR PZU.

Pod koniec stycznia Małopolski Związek Pracodawców Służby Zdrowia (MZPSZ), który zrzesza 25 największych lecznic w tym województwie, wystosował pismo do Ministerstwa Zdrowia przeciwko zapisom nowej ustawy.

– *Postulujemy skreślenie przepisu dotyczącego obowiązkowego ubezpieczenia się od zdarzeń medycznych lub zawieszenie go do czasu opublikowania rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie taryfikacji nowych składek ubezpieczeniowych* – mówi Anna Czech, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im św. Łukasza w Tarnowie i przewodnicząca MZPSZ.

„ Ubezpieczenie od zdarzeń niepożądanych powinno mieć charakter dobrowolny, a nie obowiązkowy – jak dzisiaj „

Dyrektorzy lecznic uważają, że to właśnie brak rozporządzenia do ustawy o prawach pacjenta, które określałoby taryfikację składek z tytułu zdarzeń medycznych, spowodowało, że ubezpieczyciel zażądał tak wysokich opłat. – *Od nowego roku nie zwiększy się przecież radykalnie liczba pacjentów, więc nie pogorszy się statystyka dotycząca zdarzeń, które mogą skutkować ewentualnym roszczeniem. Wręcz przeciwnie: z roku na rok szpitale podnoszą jakość świadczonych usług* – argumentuje dyrektor Anna Czech.

Dopiero 1 lutego biuro prasowe Ministerstwa Zdrowia potwierdziło, że prowadzi negocjacje z PZU.

Rozwiązania alternatywne

Na Podkarpaciu szpitale zawiązały nieformalną grupę zakupową, licząc, że w ten sposób uda im się wynegocjować nieco niższe koszty ubezpieczenia. Dziesięć placówek połączył wspólny broker ubezpieczeniowy. Nie dla wszystkich wynegocjowane warunki okazały się korzystne, ale bliski podpisania umowy na polisę od zdarzeń niepożądanych jest Janusz Solarz, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Jedną z największych na południu Polski, 830-lóżkowa lecznica ma zapłacić 470 tys. zł za nowe ubezpieczenie.

– *Grupowe zakupy pozwolą nam nieco zaoszczędzić, choć nadal składka nie jest niska. W tym roku za ubezpieczenie szpital zapłaci 1,7 mln zł* – mówi Janusz Solarz.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych i Związek Powiatów Polskich równocześnie pracują nad utworzeniem konkurencji dla PZU. – *To akt desperacji* – mówi Marek Wójcik, ekspert ds. zdrowia ZPP o pomysłach utworzenia towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

– *Zostaliśmy postawieni pod murem. Ministerstwo Zdrowia, przygotowując ustawę, nie przewidziało, jak wpłynie ona na sytuację szpitali! Próbujemy się ratować, jak możemy* – wyjaśnia.

Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych z zasady nie jest nastawione na zysk. Niewykorzystane fundusze przeznaczone są na rok następny, dzięki czemu członkowie mogą płacić niższe składki.

Według wyliczeń ZPP, utworzenie takiego towarzystwa będzie kosztowało ponad 10 mln zł z tytułu utworzenia kapitału zakładowego oraz ponad 50 mln zł kapitału rezerwowego i potrwa co najmniej rok.

Ułatwienia muszą kosztować

Nie można przewidzieć, jakim zainteresowaniem pacjentów i ich bliskich będą się cieszyć nowe ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Zaletą tego rozwiązania jest stosunkowo niewysoka opłata (200 zł za złożenie wniosku) i obowiązek komisji orzekającej działającej przy wojewodzie rozpatrzenia sprawy w ciągu maksymalnie czterech miesięcy. Może to spowodować, że wiele osób, które do tej pory nie dochodziły swoich praw, bo odstraszały ich czasochłonne i kosztowne procedury sądowe, spróbuje walczyć o odszkodowanie.

– *Zauważamy rosnącą świadomość własnych praw wśród pacjentów. W ostatnich latach zwiększyła się liczba procesów sądowych związanych z błędami medycznymi i zasądzonych odszkodowań. Możemy więc przewidywać, że pacjenci jeszcze chętniej będą korzystać z nowej możliwości* – ocenia Dorota M. Fał, doradca zarządu PIU ds. ubezpieczeń zdrowotnych. – *Polska Izba Ubezpieczeń ostrzegła już w połowie 2010 r., że brak vacatio legis dla przepisu o obowiązkowym ubezpieczeniu od zdarzeń medycznych może wprowadzić spore zamieszanie* – dodaje.

PZU SA szacuje, że udział ubezpieczeń we wszystkich kosztach szpitali może w ciągu kilku lat wzrosnąć z 1–2 proc. nawet do 5 proc.

– *Nowa ustawa jest propacjencka, zgodna z trendem obserwowanym na całym świecie. Trzeba jednak wiedzieć, że ułatwienie pacjentowi dochodzenia swoich praw musi kosztować. Koszt takiego prawa zawsze będzie ponosić szpital, niezależnie od tego, czy będzie to składka ubezpieczeniowa czy wypłata roszczenia z własnego budżetu* – argumentuje Dorota M. Fał z Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Rodzi się jednak pytanie, czy wysokie składki opłacają się szpitalom, nawet zakładając, że roszczenia na pewno się pojawiają. Marek Wójcik z ZPP ma poważne wątpliwości. Jego zdaniem, ubezpieczenie od zdarzeń niepożądanych powinno mieć charakter dobrowolny, fakultatywny. – *Warunki przyznawania odszkodowań przez komisje wojewódzkie są tak skonstruowane, że większość zadośćuczynień będzie w wysokości kilkunastu tysięcy złotych. Być może wypłata z budżetu szpitala okaże się tańszym rozwiązaniem* – zastanawia się Marek Wójcik.

Natalia Adamska-Golińska