

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla szpitali

Będzie drożej

Joanna Kowalska



fot. Comstock/Corbis

Składki OC dla szpitali w ostatnich latach gwałtownie wzrosły. Tendencja ta utrzyma się. Raczej trudno liczyć na rzeczywistą konkurencję na rynku ubezpieczeniowym w segmencie OC dla szpitali, co mogłoby dać szansę na obniżenie cen. Rozdawać karty nadal będzie PZU.

Odpowiedzialność cywilna placówek ochrony zdrowia przestała być złem koniecznym, wymuszonym przez prawo. Zasądzane odszkodowania uświadamiają, że odpowiedzialność za zdrowie pacjenta ma wymiar finansowy.

W ostatnich kilku latach alarmistycznie brzmią głosy zarządzających szpitalami, którzy skarżą się, że brakuje im pieniędzy na bieżącą działalność, a jeszcze muszą płacić coraz wyższe składki OC, wydając na ten cel nawet 5-krotnie więcej niż jeszcze 3–4 lata temu. Ponadto w grudniu ubiegłego roku weszło w życie rozporządzenie ministra finansów zobowiązujące wszystkich świadczeniodawców, nie tylko placówki podpisujące umowy z NFZ, do wykupienia polis OC za szkody wyrządzone pacjentom. Minimalna suma gwarancyjna dla zoz i lekarza to 46,5 tys. euro za każde zdarzenie i 276 tys. euro za wszystkie; dla pielęgniarek zaś odpowiednio

25 tys. euro i 140 tys. euro. Sumy gwarancyjne są podstawą kalkulacji ubezpieczycieli i niższe być nie mogą.

Im bardziej złożoną działalność prowadzi przychodnia czy szpital, tym sumy ubezpieczenia są wyższe.

– W latach 2006–2007 najczęściej sumy gwarancyjne na jedno i wszystkie zdarzenia wynosiły 500 tys. zł i milion złotych – mówi Michał Witkowski, rzecznik prasowy PZU. Oznacza to, że umowy stanowiły, iż kwota ewentualnej wypłaty za zdarzenie wynosiła od 500 tys. zł, a suma wypłat w okresie ubezpieczeniowym – milion złotych.

– Ubezpieczenia OC szpitali jeszcze podrożeją ze względu na ich zaniżanie w poprzednich latach i wynikające z tego konsekwencje w postaci strat ubezpieczycieli. Poza tym rynek jeszcze nie odpowiedział na gwałtowny wzrost odszkodowań w ostatnich 2–3 latach, a to również będzie miało wpływ na ceny – mówi twardo przedstawiciel jednej z największych firm ubezpieczeniowych.

Pacjent to też klient: płaci i wymaga

Błędy lekarskie bądź powikłania wynikające z innych niż błąd przyczyn zdarzają się na całym świecie, nie wszystkich da się uniknąć. Jeszcze kilka lat temu, jak można się dowiedzieć z dostępnych w Internecie danych różnych szpitali, związanych z przetargami na ubezpieczyciela, przeciętne większe odszkodowanie wynosiło kilkadziesiąt tysięcy złotych. W dodatku spraw zgłaszano niewiele, ciągnęły się latami, więc ryzyko związane z wypłatą było stosunkowo nieduże. Polscy pacjenci uczą się bardzo szybko, że ich zdrowie ma wymierną wartość finansową. Skoro szpital zawinił, szpital zarobił na płaconych przez pacjenta obowiązkowych składkach na ubezpieczenie zdrowotne, szpital musi płacić.

Na pewno nie bez znaczenia w tej edukacji są thrillery medyczne, filmy dokumentalne i tzw. prawdziwe historie, które pokazują, że z *systemem* można wygrać. Do tego należy dołączyć działalność kancelarii odszkodowawczych, których liczbę Polska Izba Ubezpieczeń ocenia nawet na kilkaset (z przychodami do pół miliarda złotych rocznie). Kancelarie te zajmują się głównie sprawami wypadków komunikacyjnych, ale spory ze szpitalami z pewnością będą stawać się dla nich coraz bardziej łakomym kąskiem, bo w grę zaczynają wchodzić coraz większe pieniądze. A w ostatnich dwóch latach – takie dane rynkowe można znaleźć – liczba odszkodowań dla pacjentów wzrosła o 1/3. Zwiększyła się również ich wartość dwa razy w ciągu trzech lat.

Składniki rosnących cen

Dane z Internetu: warszawski Szpital św. Zofii, piśmo z czerwca tego roku. Ze statystyki szpitalnej wynika, że ubezpieczyciel w ostatnich 5 latach musiał wypłacić tylko jedno odszkodowanie – 150 tys. zł jako zadośćuczynienie i w związku z tą samą sprawą wypłaca miesięczną rentę 1200 zł. Ale też jednocześnie przez 5 lat zgłoszono 7 szkód i roszczeń z OC do ubezpieczyciela. Te sprawy są w toku i mają wartość od 76 tys. do 600 tys. zł. To już nie 30–50 tys. zł z jednego odszkodowania, które można znaleźć w dostępnych w Internecie pismach innych szpitali. Nawiasem mówiąc – na tych dokumentach widnieją zastrzeżenia o poufności (dlaczego więc kopie zamieszczane są w Internecie?), na które jednak wyszukiwarki nie zwracają uwagi.

Dotychczas najwięcej kłopotów (ok. połowy zdarzeń) przysparzały szpitalom zakażenia żółtaczką czy gronkowcem złocistym. Ale poszkodowani zaczęli wyciągać rękę po odszkodowania także z innych tytułów i można się spodziewać, że kwoty wcale nie będą niskie.

Pacjenci mogą zacząć rozważać nie tylko sprawy oczywistych powikłań, ale domagać się odszkodowania choćby z powodu niedbałego wykonania szwu. Brzmi co prawda banalnie, ale jeśli poszkodowaną byłaby modelka? Albo obcokrajowiec, znęcony tań-



Foto: Radosław Nawrocki/Forum

„ Michał Witkowski, rzecznik prasowy PZU: W latach 2006–2007 najczęściej sumy gwarancyjne na jedno i wszystkie zdarzenia wynosiły 500 tys. i milion złotych ”

szymi usługami medycznymi w Polsce, ale przyzwyczajony do wyższych standardów opieki zdrowotnej? Wówczas natura estetyczna problemu zaczyna mieć bardzo poważny wymiar finansowy. Poza tym wchodzi nowelizacja kodeksu cywilnego, która pozwala na dochodzenie odszkodowania za straty moralne. Dodać do tego należy znowelizowany kodeks cywilny,



Fot. Seweryn Sotys/Fotorepa

„ Warszawski Szpital św. Zofii, pismo z czerwca tego roku. Ze statystyki szpitalnej wynika, że ubezpieczyciel w ostatnich 5 latach musiał wypłacić tylko jedno odszkodowanie – 150 tys. zł jako zadośćuczynienie i w związku z tą samą sprawą wypłaca miesięczną rentę 1200 zł „

umożliwiający dochodzenie roszczeń bez ograniczeń czasowych. Zniszczenie dokumentacji medycznej stanie się dla placówek ochrony zdrowia okolicznością obciążającą. Sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji to zatem kolejny element, który ubezpieczyciele będą brali pod uwagę, szacując koszty OC.

Na razie jednak pacjenci rzadko proszą rzecznika ubezpieczonych o pomoc, ponieważ mają problem z wyegzekwowaniem wypłaty odszkodowania. Dyrektor Krystyna Krawczyk z biura rzecznika pamięta tylko kilka takich sytuacji. Dotyczyły m.in. wszczęcia żółtaczki – i to nie wiadomo, w którym z kilku kolejnych szpitali, do których trafiał pacjent. Przypomina też sobie kuriozalną sprawę odmowy wypłaty z OC szpitala przez ubezpieczyciela, który uznał, że zakażenie pacjenta gronkowcem było normalnym następstwem wypadku i winno być rekompensowane z OC sprawcy wypadku.

Dokumentacja to nie jedyny aspekt kalkulacji, uwzględniany w cenach polis. – Często brakuje procedur przyjmowania roszczeń w szpitalach oraz procedur postępowania ze skargami i uwagami zgłaszanymi przez pacjentów. Konsekwencją tych zaniedbań jest ograniczona możliwość ugodowego rozstrzygnięcia spraw i w rezultacie szpitale niepotrzebnie uczestniczą w procesach sądowych – wyjaśnia przedstawiciel kolejnej firmy ubezpieczeniowej. Krót-

ko mówiąc, charakterystyczna dla polskiej służby zdrowia zła organizacja pracy, zmiatanie pod dywan ewidentnych błędów (*vide*: niedawny wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie kodeksu etyki lekarskiej) prowadzi służbę zdrowia do coraz wyższych kosztów, także jeśli chodzi o polisy.

Na zapowiadane przez ubezpieczycieli podwyżki cen OC złoży się jeszcze jeden element, będący konsekwencją takiej organizacji finansowania służby zdrowia, jaką mamy w Polsce.

To niedoinwestowanie. Za tym idzie zwiększanie ryzyka technicznego – mówi kolejny ekspert. Starzejący się sprzęt (by przypomnieć sprawę naświetlań w Białymstoku) zwiększa przecież ryzyko powikłań i problemów.

Brak konkurencji

Monopolistą, jeśli chodzi o ubezpieczenie OC dla służby zdrowia, jest PZU. Jego udział w rynku szacuje się na 80 proc. Inne firmy oczywiście mogą, ale nie zawsze chcą, proponować konkurencyjne warunki. W Polsce przez wiele lat stawki OC dla szpitali były zaniżane, tj. ustalane na poziomie niższym od podejmowanego ryzyka. Oznacza to, że przy takim rynku innych firm nie było stać na tak duże ryzyko, bowiem w ubiegłych latach niemożliwe było osiągnięcie odpowiedniego wolumenu składki umożliwiającej obsługę tego portfela. Krótko mówiąc – mniejsi od PZU ubezpieczyciele zbierają za mało składki, by móc z niej wypłacać realne odszkodowania. Zbierają za mało także z winy samych szpitali.

– Nie ma możliwości przeprowadzenia wyspecjalizowanej oceny ryzyka w szpitalu, co nie pozwala na indywidualne ustalenie zakresu ochrony i wysokości składek – wskazuje jedna z firm ubezpieczeniowych.

PZU jakoś sobie radzi z wyceną, ale zapytany o stawki nie podaje żadnych widełek.

– PZU ocenia ryzyko na podstawie bardzo szczegółowych ankiet, które mają wszechstronnie zidentyfikować zagrożenia związane z ubezpieczeniami medycznymi. Następnie ankietę jest przetwarzana za pomocą programu na punkty i na tej podstawie kwalifikuje się stosowną klasę ryzyka oraz wysokość składki – wyjaśnia Michał Witkowski. W różnych prasowych doniesieniach można znaleźć alarmistycznie brzmiące wypowiedzi dyrektorów szpitali, w których składkę wyceniono na poziomie sumy gwarancyjnej. Ale, niestety, należy przyjąć, że z wymienionych już wyżej powodów, ubezpieczyciel tak oszacował ryzyko związane z działalnością danej placówki.

– Konsekwencją wzrostu liczby roszczeń oraz ich wysokości jest to, że zarządzający szpitalami uświadamiają sobie konieczność ubezpieczania placówki na wyższe sumy gwarancyjne. Jednak podstawowym czynnikiem definiującym ich wysokość są możliwości finansowe zakładów opieki zdro-

wotnej – kryterium istotne zwłaszcza w odniesieniu do szpitali publicznych – wyjaśnia rzecznik PZU.

Jest więc coś w rodzaju błędnego koła: szpitale są nie-doinwestowane, więc nie stać ich na dobry sprzęt obniżający ryzyko powikłań. Ubezpieczyciele zaś nie mogą, mając na uwadze wysokie ryzyko, obniżyć stawek wbrew aktuariuszowi, więc – siłą rzeczy – pogarszają sytuację szpitali, które płacąc wysoką cenę ubezpieczenia, nie mają już z czego inwestować w sprzęt. I tak dalej...

Poszukać u siebie

Jednak nie wszystkiemu winien jest NFZ płacący za mało, pacjenci sprzymierzający się z kancelariami odszkodowawczymi i amerykańskie filmy. Przedstawiciele firm ubezpieczeniowych, oczywiście anonimowo, mówią krótko: przy takim bałaganie, jaki jest w polskich szpitalach, braku klarownych procedur, nie chcemy się angażować w ubezpieczanie tych placówek, bo to prosta droga do gigantycznych strat.

„ Znowelizowany kodeks cywilny umożliwia dochodzenie roszczeń od szpitala bez ograniczeń czasowych ”

Paradoksalnie, przy paternalistycznym podejściu wielu lekarzy do pacjenta, samo zasądzanie odszkodowań bywa dla nich szokiem, bo w ten sposób osoba leczona zyskuje podmiotowość. Jednocześnie to podejście rodem z dawnej epoki nie pozwala zauważyć wielu drobnych rzeczy, które składają się na zwiększone ryzyko powikłań. Chodzi o kwestie podstawowe. To np. pobieranie krwi bez rękawiczek (w jednej z renomowanych warszawskich przychodni), wózki inwalidzkie bez podpórek na stopy (jeden z największych warszawskich szpitali), czy pielęgniarki wchodzące prosto ze sklepu do gabinetu zabiegowego, gdzie asystują przy szyciu głębokiej rany (kolejny warszawski szpital), czy też wreszcie lekarze, którzy nie potrafią doradzić, jaką dietę należy stosować po własnie wykonanej przez siebie operacji (duży warszawski szpital). Warszawskie pielęgniarki opowiadają, oczywiście anonimowo, jak bezskutecznie pouczają sprzątaczkę, że należy używać rękawiczek czy właściwych środków dezynfekcyjnych. Takie słabe ogniwa również mają wpływ na cenę ubezpieczeń.

Narzekające na rosnące składki dyrekcje szpitali muszą sobie uświadomić, że taniej już było. Pacjenci są dziś inni: jeżdżą po świecie, przeglądają Internet, czytają gazety, mają wątpliwości i potrafią je wyrazić, a w razie czego – idą do prawnika. Tę wiedzę mają już firmy ubezpieczeniowe. Najwyższy czas, żeby zyskały ją także placówki ochrony zdrowia. ■