

Dyrektorze, ubezpiecz szpital i śpij spokojnie



Fot. © iStockphoto.com 3x

Pod parasolem

Kancelarii „walczących” o odszkodowania za błędy, do których dochodzi w szpitalach, jest coraz więcej, a komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych działają szybciej z roku na rok. To stanowi wyzwanie i może spędzać sen z powiek dyrektorów. Co zrobić, żeby spać spokojnie? Najlepszym rozwiązaniem jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

Na pytanie, jakie korzyści przynosi zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych, odpowiada Renata Orzechowska z Polskiej Izby Ubezpieczeń: – *To ochrona budżetu szpitala przed finansowymi konsekwencjami szkód wyrządzonych pacjentom oraz innym osobom. Ubezpieczenie dostarcza środków na zaspokojenie roszczeń poszkodowanych. Ubezpieczający może też liczyć na pomoc ubezpieczyciela w ocenie ryzyka. To ważne, ponieważ zawarcie umowy ubezpieczenia nie zapobiega wypadkom, a ich częstotliwość i skala wpływają na wysokość składki ubezpieczenia. Wreszcie, poszkodowani mają prawo wystąpić z żądaniem naprawienia szkody bezpośrednio do ubezpieczyciela, co odciąża w dużej mierze szpital i pozwala skoncentrować się na głównej działalności. Nie ma wątpliwości, że warto się ubezpieczyć.*

Przebity odbyt i pochwa – 1,5 mln zł odszkodowania i 1 mln zł zadośćuczynienia

Przykładowo, od 2012 do 2017 r. do Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Szczecinie wypłynęło łącznie 275 wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego. W 68 przypadkach orzeczono o zdarzeniu medycznym, co nakłada na szpital obowiązek naprawienia pacjentowi szkody. Zdarzenia medyczne co do zasady są objęte ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej. Wiele spraw może nie być zgłaszanych do komisji, lecz bezpośrednio do zakładów ubezpieczeń.

Wysokość odszkodowań zwiększa się za sprawą rosnącej świadomości pacjentów w zakresie możliwości dochodzenia roszczeń z ubezpieczenia szpitala oraz aktywności podmiotów wspomagających poszkodowanych w dochodzeniu odszkodowań. Jedną z największych szkód w Polsce to niewłaściwe leczenie osoby, która trafiła do szpitala z zawałem serca. Spędziła łącznie siedem miesięcy w szpitalu, była poddana sześciu zabiegom chirurgicznym, podczas których m.in. przebito jej odbyt i pochwę. W efekcie pojawiły się ropień, martwica, przepuklina, zakażenia czterema bakteriami wewnątrzszpitalnymi, uzależnienie od leków i depresja. Pacjentka została inwalidką pierwszej grupy. Sąd przyznał jej 1,5 mln zł odszkodowania za utracone dochody, 1 mln zł zadośćuczynienia, 5,1 tys. zł comiesięcznej renty tytułem utraconych zarobków i 900 zł comiesięcznej renty tytułem zwiększonych potrzeb oraz odsetki od dnia wniesienia pozwu.

Dziś minimalne sumy gwarancyjne obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla szpitali to 100 tys. euro na jedno zdarzenie i 500 tys. euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, który standardowo wynosi 12 miesięcy.

Jak pokazuje powyższy przypadek, ubezpieczenie obowiązkowe może czasami okazać się niewystarczające do zaspokojenia całego roszczenia pacjenta. Ponadto nie wszystkie szkody, za które szpital ponosi odpowiedzialność cywilną, są nim objęte.



„Wysokość odszkodowań rośnie za sprawą rosnącej świadomości pacjentów o możliwości dochodzenia roszczeń z ubezpieczenia szpitala”

Ubezpieczenia obowiązkowe

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. podmiot leczniczy ma obowiązek zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia określa rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie obejmuje szkód wyrządzonych przez podmiot wykonujący

Polska Izba Ubezpieczeń istnieje od 1990 r. Jest organizacją ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego, reprezentującą wszystkie zakłady ubezpieczeń działające w Polsce. Podstawowymi zadaniami Izby są reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów jej członków, wspieranie rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom rynku ubezpieczeń, działalność edukacyjna i informacyjna w dziedzinie ubezpieczeń. Ponadto Izba bierze udział w procesach legislacyjnych, wyrażając opinie o projektach aktów prawnych zawierających regulacje dotyczące działalności ubezpieczeniowej oraz współpracuje z organami władzy publicznej w ramach realizacji swoich zadań.



„Ubezpieczenie obowiązkowe może czasami okazać się niewystarczające do zaspokojenia całego roszczenia pacjenta”

działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej, polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, na zapłacie kar umownych i powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Ubezpieczenie to obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub konsekwencją jej leczenia.

– *Ubezpieczenie obowiązkowe obejmuje szkody wyrządzone w okresie ubezpieczenia. Tymczasem udzielaniu świadczeń zdrowotnych towarzyszy przede wszystkim ryzyko szkód osobowych. Poza tym okres przedawnienia tych szkód nie może skończyć się wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. To powoduje, że poszkodowani mogą zgłaszać żądania naprawienia szkód po wielu latach od nabycia ubezpieczenia. Trzeba też pamiętać, że nie można ubezpieczyć się z mocą wsteczną, tak aby pokryć szkody już wyrządzone. Dlatego ubezpieczając się dziś, musimy liczyć się z wyczerpaniem sumy gwarancyjnej za kilka czy kilkanaście lat* – wyjaśnia Renata Orzechowska.

Ubezpieczenia dobrowolne

Ubezpieczenia dobrowolne są zależne jedynie od decyzji podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Poszerzają one zakres ochrony ubezpieczeniowej o szkody nieobjęte ubezpieczeniem obowiązkowym.

– *Do tej kategorii należy zaliczyć zabiegi chirurgii plastycznej o charakterze wyłącznie estetycznym. Podczas takich zabiegów zdarzają się szkody, które czasami bywają bardzo kosztowne. Rynek zna wiele przypadków, w których np. doszło do poważnych powikłań po operacji powiększenia biustu, skutkujących wypłatami odszkodowań* – tłumaczy Renata Orzechowska.

Zakres tego ubezpieczenia oraz sumę gwarancyjną szpital ustala z ubezpieczycielem. Można rozszerzyć odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń o szkody wyrządzone pracownikom w związku z wypadkiem przy pracy, o szkody wyrządzone w mieniu przechowywanym czy najmowanym, dzierżawionym, używanym, leasingowanym.

Ubezpieczenie dobrowolne może też zapewnić ochronę ubezpieczeniową na sumę gwarancyjną stanowiącą nadwyżkę nad sumę gwarancyjną wynikającą z obowiązkowego ubezpieczenia. Gdyby więc doszło do wyczerpania sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniu obowiązkowym, dalsze wypłaty będą dokonywane z ubezpieczenia dobrowolnego.

Brak ubezpieczenia

Ustawa o działalności leczniczej nie formułuje wprost konsekwencji niezawarcia przez podmiot leczniczy umów ubezpieczenia. Oprócz skutków finansowych braku takich umów, należy mieć na względzie skutki nieprzestrzegania przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą przepisów ustawy o działalności leczniczej. Z jej przepisów można wyprowadzić wniosek, że niedopełnienie obowiązku posiadania ubezpieczenia (odpowiedzialności cywilnej oraz z tytułu zdarzeń medycznych) może stanowić podstawę do wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zgodnie bowiem z art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej kierownik podmiotu niezwłocznie po zawarciu umowy ubezpieczenia (nie później niż w ciągu siedmiu dni) ma obowiązek przekazania organowi prowadzącemu rejestr (województwie) dokumentów potwierdzających zawarcie umowy, wystawionych przez ubezpieczyciela. Natomiast w art. 108 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej wskazano m.in., że organ prowadzący rejestr wykreśla podmiot leczniczy w sytuacji rażącego naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia działalności objętej wpisem bądź w przypadku niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych. Ustawodawca nie wskazał, jakie sytuacje będą stanowiły „rażące naruszenie warunków wymaganych do prowadzenia działalności objętej wpisem”. Dokonując wykładni językowej tego zwrotu, można przyjąć, że chodzi tu o istotne i oczywiste naruszenie przepisów ustawy o działalności leczniczej, jakim jest brak umowy ubezpieczenia obowiązkowego.

Krystian Lurka