



Zmiany w ubezpieczeniach OC lekarzy od 1 stycznia 2012 z punktu widzenia praktyk zawodowych lekarzy i NZOZ

1 stycznia 2012 roku wchodzi w życie ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej działalności leczniczej, które uprości system obowiązkowych ubezpieczeń, jednak, szczególnie w okresie przejściowym, może spowodować utratę ochrony ubezpieczeniowej dla szeregu podmiotów medycznych. Dlatego warto wcześniej przygotować się do nadchodzących zmian.

Nowa ustawa o działalności leczniczej

1 lipca 2011 weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jednocześnie została uchylona stara ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Ustawa wprowadza nowe pojęcia, m.in.:

1. Podmiotami leczniczymi są:
 - a. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, (do tej grupy zaliczają się m.in. NZOZ'y)
 - b. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
 - c. jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - d. instytuty badawcze,
 - e. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
 - f. kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.
2. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
3. Świadczenie zdrowotne — działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne

działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

4. Praktyka zawodowa (lekarzy) – wykonywanie działalności leczniczej przez lekarzy w formie
 - a. jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka lekarska oraz jej odmiany (praktyka: wyłącznie w miejscu wezwania, specjalistyczna, wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem),
 - b. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, jako grupowa praktyka lekarska.

Jedno ubezpieczenie zamiast trzech

Dzięki ustawie od 1 stycznia 2012 r. nastąpi uproszczenie polskiego systemu obowiązkowych ubezpieczeń OC lekarzy i podmiotów leczniczych. W miejsce 3 obowiązkowych ubezpieczeń OC wprowadzone zostaje jedno.

1. Już od 1 lipca 2011 r. znika obowiązek zawierania OC „przyjmującego zamówienie” - OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia opieki zdrowotnej (Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r.). Obowiązek zawarcia tego ubezpieczenia miały osoby lub podmioty posiadające umowę o udzielenie świadczeń z: Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, państwową uczelnią medyczną, wojewodą, ministrem lub jednostką samorządu terytorialnego.
2. Od 1 stycznia 2012 r. znika obowiązek zawierania ubezpieczeń:
 - a. OC świadczeniodawcy NFZ - OC świadczeniodawcy

- udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Rozporządzenia Ministra Finansów dnia 28 grudnia 2007 r.),
- b. OC lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terenie RP (Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r.).

W to miejsce od 1 stycznia 2012 ustawa o działalności leczniczej wprowadza obowiązek zawarcia nowych ubezpieczeń dla:

1. podmiotów leczniczych:
 - a. ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - b. ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta — w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.
2. lekarzy i pielęgniarek:
 - a. ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Nowe sumy gwarancyjne OC

Minister Finansów w projekcie rozporządzenia w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą przewidział, że minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych:

1. 46.500 euro na jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC w odniesieniu do:
 - a. podmiotów leczniczych,
 - b. podmiotów wykonujących praktykę zawodową lekarzy.
2. 12.000 euro na jedno zdarzenie i 67.500 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC w odniesieniu do podmiotów wykonujących praktykę zawodową pielęgniarek.

Należy zauważyć, że przewidywane minimalne sumy gwarancyjne, szczególnie suma na jedno zdarzenie, są niskie i nie zapewniają bezpieczeństwa ani pacjentowi, ani podmiotowi leczniczemu czy lekarzowi. Generalną zasadą doboru wysokości sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniu OC jest przyjęcie kwoty adekwatnej do „maksymalnej szkody”, jaką można wyrządzić daną działalnością. W przypadku działalności medycznej „maksymalna szkoda” to zawsze śmierć pacjenta lub ciężkie uszkodzenie ciała jednego lub wielu pacjentów. Całkowicie odrębnym zagadnieniem jest średnia wysokość i częstość występowania szkód czy ogólne mówiąc ryzyko ich wystąpienia - rozumiane jako prawdopodobieństwo wyrządzenia szkody określonej wysokości, które to zależy m.in. od dziedziny medycyny i wykonywanych czynności. Składka za ubezpieczenie OC nie zależy tylko od sumy gwarancyjnej, ale głównie



zależy od szeroko pojętego ryzyka wyrządzenia szkody, które będzie inne dla lekarza chirurga, internisty, dermatologa czy pielęgniarki; dla szpitala czy indywidualnej praktyki zawodowej.

W praktyce odszkodowania za „maksymalną szkodę” sięgają często ponad 300 000 zł, a nawet 600 000 zł, a rekordowe przekraczają 2 mln zł. Przy zawieraniu ubezpieczenia należy pamiętać, że pacjent może umrzeć zarówno na stole operacyjnym w szpitalu, jak i u dentysty, w tym z powodu braku stosownej interwencji lub porady czy niezauważenia niekorzystnych zmian w stanie zdrowia pacjenta.

Okresy przejściowe

Zawarte w 2011 roku „stare” obowiązkowe ubezpieczenia (OC świadczeniodawcy NFZ, OC lekarzy i lekarzy dentystów, OC przyjmującego zamówienie), których okresy ubezpieczenia wygasają po 1 stycznia 2012 r., trwać będą do końca swego okresu, ale nie dłużej niż do 31 grudnia 2012 r. W tym czasie zastąpione przez jedno: OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ww. okresy przejściowe dobrze będą funkcjonować tylko dla praktyk zawodowych (indywidualna praktyka lekarska, grupowa i ich odmiany). Praktyki zawodowe lekarzy korzystały najczęściej z zestawu 2 do 3 ubezpieczeń:

1. obowiązkowego OC lekarzy i lekarzy dentystów, które zapewniało najważniejszą ochronę za szkody osobowe przy wykonywaniu czynności zawodowych (wykonywanych poza umowami z: NFZ, szpitalem państwowym czy innymi podmiotami udzielającymi zamówień),
2. dobrowolnego OC, które zapewniało ochronę za szkody rzeczowe, szkody osobowe z tytułu posiadanego mienia i udzielania pierwszej pomocy medycznej oraz podwyższało sumę gwarancyjną obowiązkowego ubezpieczenia (dzięki tzw. klauzuli ubezpieczenia OC nadwyżkowego),
3. obowiązkowego OC świadczeniodawcy NFZ. Praktyki zawodowe rzadko musiały zawierać czwarte ubezpieczenie:
4. OC przyjmującego zamówienie. Wszystkie te umowy zawarte w 2011 roku trwać będą do końca swojego okresu ubezpieczenia w 2012 roku.

Niestety, podmioty lecznicze, w tym NZOZ-y, są w gorszej sytuacji. One nie miały obowiązku zawierania

ubezpieczenia OC dla świadczeń medycznych „komercyjnych” - wykonywanych poza umowami z NFZ, szpitalem państwowym czy innymi podmiotami udzielającymi zamówień. W przypadku placówek specjalizujących się w stomatologii świadczenia „komercyjne” stanowią często zasadniczą część przychodu, a szkody z tego tytułu były objęte ochroną w dobrowolnym ubezpieczeniu OC. Większość dobrowolnych ubezpieczeń OC w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) ma zasadnicze wyłączenie odpowiedzialności „za szkody objęte ochroną systemem obowiązkowych ubezpieczeń”. Od 1 stycznia 2012 r. świadczenia

„komercyjne” (wykonywane poza umowami) są objęte systemem obowiązkowych ubezpieczeń. Zatem tego dnia wszystkie podmioty lecznicze, w tym NZOZ, które miały zawarte dobrowolne ubezpieczenie, tracą ochronę ubezpieczeniową w dobrowolnym ubezpieczeniu za szkody wynikające z „komercyjnych” świadczeń medycznych, mimo że okres ochrony dobrowolnego OC wygasa po tej dacie. Ustawodawca nie przewidział możliwości honorowania zawartych już ubezpieczeń dobrowolnych z okresem odpowiedzialności wygasającym po 1 stycznia 2012 r.

Podmioty lecznicze, w tym NZOZ-y, najczęściej korzystały z 2 ubezpieczeń:

1. OC dobrowolnego,
 2. OC świadczeniodawcy NFZ.
- Rzadko musiały zawierać:
3. OC przyjmującego zamówienie.

Z dniem 1 stycznia 2011 r. podmioty lecznicze wykonujące świadczenia „komercyjne” muszą zawrzeć nowe ubezpieczenie - OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą - niezależnie od posiadanych już polis OC. Zawarte wcześniej dobrowolne ubezpieczenie OC można rozszerzyć o tzw. klauzulę „nadwyżkową”, która zniesie wyłączenie odpowiedzialności „za szkody objęte ochroną systemem obowiązkowych ubezpieczeń” i zapewni dodatkową sumę gwarancyjną do obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą i/lub innych obowiązkowych ubezpieczeń. Można by uniknąć przejściowej wielości polis, która wystąpi 1 stycznia 2011 r., gdyby aktualne umowy zawierać do końca 2012 roku, jednak zakłady ubezpieczeń najczęściej nie wyrażają na to zgody.

Dla przyjmujących zamówienie na świadczenia medyczne (od Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, państwowej uczelni medycznej, wojewody, ministra lub jednostki samorządu terytorialnego) dodatkowy problem okresów przejściowych jest związany uchynieniem od 1 lipca 2011 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Tego dnia wygasa obowiązek zawierania ubezpieczenia OC przyjmującego zamówienie. Ochronę ubezpieczeniową w okresie od 1 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. zapewni:

1. dla praktyk zawodowych - obowiązkowe ubezpieczenie OC lekarzy i lekarzy dentyków (w przypadku nieposiadania tego OC należy je zawrzeć od 1 lipca 2011 r.; dotyczy to np. lekarzy pracujących wyłącznie na kontraktach w państwowych szpitalach),
2. dla podmiotów leczniczych – dobrowolne ubezpieczenie OC.

Jednak z dniem 1 stycznia 2012 r. podmioty lecznicze muszą, niezależnie od posiadanych ubezpieczeń, zawrzeć obowiązkowe OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

7 dni na przekazanie potwierdzenia zawarcia OC do rejestru

Dla podmiotu leczniczego Art. 25. ust. 3. ustawy o działalności leczniczej wprowadza obowiązek dostarczenia przez kierownika do organu prowadzącego rejestr dokumentu ubezpieczenia, potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia wystawionego przez ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 7 dni od zawar-

cia umowy.

Obowiązkowe OC badacza i sponsora nie ulegają zmianie

Nie ulega zmianie obowiązek zawierania pozostałych 2 obowiązkowych ubezpieczeń OC, tj. OC badacza i sponsora, w związku z prowadzeniem badania klinicznego (wprowadzone przez ustawę z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne) oraz OC sponsora i badacza klinicznego w związku z przeprowadzeniem badania klinicznego wyrobów (wprowadzone ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych).

Regres odszkodowania w przypadku rażącego niedbalstwa

Wydawałoby się, że obowiązkowe ubezpieczenia OC zapewniają nie tylko większe bezpieczeństwo pacjentowi, ale także szerszą ochronę ubezpieczeniową lekarzowi. Niestety, jest tak tylko częściowo. Należy pamiętać, że system obowiązkowych ubezpieczeń został wprowadzony w celu ochrony interesów pacjentów. Interes lekarzy i podmiotów leczniczych miał dla ustawodawcy niewielkie znaczenie. Przejawem tego jest podejście do szkód wynikających z rażącego niedbalstwa, przy czym należy tu przypomnieć, że nie ma ustawowej definicji rażącego niedbalstwa. Zatem jest to element wyjątkowo ocenny, gdzie ocena, czy dany przypadek szkody wynikał z rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lekarza, należy do likwidatora z zakładu ubezpieczeń i do sądu.



Jeżeli szkoda została wyrządzona przez lekarza w wyniku jego rażącego niedbalstwa, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty poszkodowanemu pacjentowi odszkodowania, jednak przysługuje mu prawo regresu, tj. dochodzenia od ubezpieczonego (podmiotu/lekarza) lub osób, za które ponosi odpowiedzialność, zwrotu wypłaconego całości wypłaconego odszkodowania. Ww. zasada jest opisana w Art. 11. ust. 3. ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Roszczenie zwrotne zakładu ubezpieczeń - regres - sprawia, że w przypadku rażącego niedbalstwa ubezpieczony lekarz lub podmiot leczniczy nie korzysta z ochrony ubezpieczeniowej.

Należy tu przypomnieć, że większość dobrowolnych ubezpieczeń

OC zapewnia ubezpieczonym ochronę za szkody wynikające z rażącego niedbalstwa bez prawa regresu zakładu ubezpieczeń. W tym zakresie obowiązkowe ubezpieczenie OC dla lekarzy i podmiotów leczniczych jest gorsze niż dobrowolne OC.

Brak odstąpienia zakładu ubezpieczeń od regresu powoduje, że zawsze istnieje możliwość skierowania przez ubezpieczyciela roszczenia zwrotu wypłaconego odszkodowania do ubezpieczonego lub osób, za które ponosi odpowiedzialność. Niestety, ten problem jest przez środowisko pośredników słabo rozpoznany. Najczęściej lekarze i podmioty lecznicze nie są o ww. możliwości regresu w ogóle informowani.

Program ubezpieczeń prowadzony przez APB Kancelarię Brokerską dla członków Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego jako jeden z nielicznych przewiduje odstąpienie ubezpieczyciela od regresu w przypadku szkody wynikającej z rażącego niedbalstwa.

Ostrzeżenia

Przestrzegam przed złudzeniem, że od 1 stycznia 2012 r. system na tyle się uprości, że ubezpieczenia w różnych zakładach ubezpieczeń będzie można już wybierać, kierując się tylko kryterium składki, gdyż zakres ochrony jest u każdego ubezpieczyciela taki sam, a wynika on z rozporządzenia ministra finansów.

Z punktu widzenia pacjenta obowiązek świadczenia przez dowolny zakład ubezpieczeń będzie taki sam; niestety, z punktu widzenia lekarza lub podmiotu leczniczego zakres ich ochrony ubezpieczeniowej może się istotnie różnić. Pierwsza różnica to

odstąpienie lub brak odstąpienia od regresu w przypadku szkody wynikającej z rażącego niedbalstwa. Kolejna wynika z informacji, o które pytał ubezpieczyciel przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli informacja podana przez ubezpieczającego jest niepoprawna, przez co ubezpieczyciel powinien zaproponować wyższą składkę, ubezpieczyciel i tak musi wypłacić pełne odszkodowanie poszkodowanemu, ale może zmniejszyć ochronę ubezpieczeniową dla ubezpieczonego przez wystąpienie do niego z roszczeniem regresowym/zwrotnym części odszkodowania proporcjonalnej do zmniejszonej składki. To samo dotyczy obowiązku informowania ubezpieczyciela o zmieniających się w czasie roku ubezpieczeniowego okolicznościach, które miały wpływ na ocenę ryzyka i składkę. Kolejne problemy to złe praktyki niektórych zakładów ubezpieczeń, do których należy zaliczyć wprowadzanie do umów obowiązkowego ubezpieczenia dodatkowych tzw. ogólnych postanowień, np. jednostronnego zwolnienia się ubezpieczyciela z prowadzenia obrony i ponoszenia dalszych kosztów po wypłacie kwoty, którą „mogą” (w ocenie ubezpieczyciela) być zaspokojone roszczenia poszkodowanego. Dlatego zawsze należy zastanawiać się, z kim podpisujemy umowę ubezpieczenia, gdyż zasadnicze znaczenie ma to, czy mamy po drugiej stronie partnera, czy inkasenta składki.

Choć nowy system ubezpieczeń OC działalności leczniczej jest dużo prostszy niż poprzedni, to z całą pewnością jeszcze kilkakrotnie nas nieprzyjemnie zaskoczy, a ubezpieczenia nadal będą wymagać profesjonalnego prowadzenia i serwisowania, dlatego warto korzystać z dobrego pośrednictwa ubezpieczeniowego, które odpowiedzialnie przyjmie na siebie ciężar monitorowania prawa i rynku, doradztwa, zawarcia ubezpieczeń i pomocy przy likwidacji szkód.