



Wiesław Długosz¹
broker ubezpieczeniowy
APB Kancelaria Brokerska

Problemy związane ze zmianą systemu obowiązkowych i dobrowolnych umów ubezpieczeń OC podmiotów leczniczych od 1 stycznia 2012 r.

¹90-437 Łódź Al. Kościuszki 80/82 pokój 302
Tel. 691 968 693; (42) 663 11 50, faks (42) 663 11 51.
e-mail: wieslaw.dlugosz@apb-broker.pl

Od stycznia 2012 większość prywatnych podmiotów leczniczych w Polsce, udziela „komercyjnych” (płatnych bezpośrednio przez pacjenta) świadczeń zdrowotnych nie posiadając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie OC, mimo, iż posiadają polisę dobrowolnego ubezpieczenia OC. Z dniem 1 stycznia 2012 automatycznie wygasła ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z dobrowolnych umów ubezpieczenia OC zawartych w 2011 roku, na świadczenia zdrowotne, które muszą być objęte ochroną w ramach nowego obowiązkowego ubezpieczenia. Jest polisa - ale nie ma ochrony ubezpieczeniowej. Większość dyrektorów, kierowników i właścicieli prywatnych zakładów opieki zdrowotnej, obecnie podmiotów leczniczych absolutnie nie zdaje sobie sprawy z konieczności i sposobu dostosowania się do zmian ustawowych. Dodatkowo stali się ofiarami zakładów ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych, którzy przed końcem 2011 roku naciskali na zawieranie ubezpieczeń z wyprzedzeniem na 2012 rok, co rzekomo miało uchronić przed wyższymi składkami w 2012 roku. Główne problemy wynikły z opóźnień Ministerstw Zdrowia i Finansów w przygotowaniu aktów wykonawczych, złego ich przygotowania aktów wykonawczych oraz braku akcji informacyjnej skierowanej do podmiotów leczniczych, samorządu lekarskiego i organów prowadzących rejestry.

Postaramy się w miarę syntetycznie usystematyzować wiedzę o starym i nowym systemie ubezpieczeń i problemach, które wynikają ze zmian. Prosimy o wyrozumiałość i cierpliwość w lekturze oraz jednocześnie o uwagę, gdyż mimo tego, że opisywane zagadnienia są skomplikowane to każdy podmiot leczniczy (dawny NZOZ) i lekarska praktyka zawodowa musi dostosować się do zmienionego systemu i w miarę możliwości skorzystać z dobrych wzorców.

Uwagi ogólne o obowiązkowych ubezpieczeniach

Celem ustawodawcy do wprowadzenia systemu obowiązkowych umów ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (OC) jest ochrona interesów poszkodowanych pacjentów w przypadku szkód wyrządzonych, podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych. Zakres ubezpieczeń obowiązkowych jest generalnie bardzo szeroki. Warunki ubezpieczenia w tym sumy gwarancyjne są jednakowe dla każdego zakładu ubezpieczeń, gdyż są narzucone treścią rozporządzenia Ministra Finansów, bez możliwości ograniczenia zakresu ubezpieczenia. Medyczne ubezpieczenia obowiązkowe obejmują tylko szkody osobowe w tym szkody wynikające z rażącego niedbalstwa, jednak w takim przypadku ubezpieczony (sprawca szkody) nie korzysta z ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku szkody wynikającej z rażącego niedbalstwa, tak samo jak w przypadku wyrządzenia szkody przez sprawcę po użyciu alkoholu, albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od ubezpieczonego lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność, zwrotu wypłaconego odszkodowania, jest to tzw. regres odszkodowania. Krótko mówiąc, zakład ubezpieczeń płaci pacjentowi odszkodowanie, ale występuje o jego zwrot do podmiotu leczniczego lub lekarza, który wyrządził szkodę. Tu należy przypomnieć, że nie istnieje w prawie legalna definicja rażącego niedbalstwa. Rażące niedbalstwo jest pojęciem niedookreślonym podlegającym ocenie. W ramach ubezpieczeń dla członków Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego od 2010 roku istnieje możliwość odstąpienia zakładu ubezpieczeń od ww. regresu.

Ubezpieczenia obowiązkowe nie udzielają ochrony za szkody wynikające z zabiegów przeprowadzanych w celach strictly kosmetycznych, które nie są skutkiem urazu, choroby lub ich następstw, m.in., dlatego, że zabiegi strictly kosmetyczne nie są świadczeniem zdrowotnym, które wedle ustawowej definicji, ma służyć zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia.

Wysokość sum gwarancyjnych jest stosunkowo niska, w zależności od rodzaju ubezpieczeń, od 25 000 euro do 100 000 euro na jedno zdarzenie.

Dobrowolne ubezpieczenia

Warunki ubezpieczenia dobrowolnego i wynikający z niego zakres są różne w każdym z zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczony sam decyduje, jaką sumę gwarancyjną wykupi i na jaki zakres ubezpieczenia się zdecyduje. Większość dobrowolnych umów ubezpieczenia zawiera ochronę za szkody wynikające z rażącego niedbalstwa bez prawa regresu zakładu ubezpieczeń do sprawcy szkody. **Praktycznie każde z nich zawiera wyłączenie odpowiedzialności za szkody objęte systemem obowiązkowych umów ubezpieczeń.** Zatem dobrowolnym ubezpieczeniem OC nie można zastąpić obowiązkowego ubezpieczenia. Ubezpieczenia dobrowolne są stosowane w zakresie szkód nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem, jako uzupełnienie ochrony ubezpieczeniowej, np. w zakresie szkód wynikających z zabiegów kosmetycznych, szkód osobowych wynikających z posiadanego mienia oraz szkód rzeczowych. Dodatkową funkcją ubezpieczeń dowolnych jest podwyższenie sumy gwarancyjnej ponad minimum określone przez ustawodawcę – tzw. ubezpieczenie nadwyżkowe.

Stary system ubezpieczeń

W starym systemie funkcjonowały trzy obowiązkowe ubezpieczenia OC i jedno dobrowolne:

1. **Obowiązkowe OC świadczeniodawcy NFZ.** Zakres udzielanej ochrony dotyczył wyłącznie szkód osobowych powstałych podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z NFZ.
2. **Obowiązkowe OC przyjmującego zamówienie.** Obowiązek zawarcia ww. ubezpieczenia miały wyłącznie te zakłady opieki i lekarze, którzy przyjęli zamówienie na udzielanie świadczeń: od ministra lub centralnego organu administracji rządowej, lub wojewody lub jednostki samorządu terytorialnego, lub państwowej uczelni medycznej, lub publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zakres udzielanej ochrony dotyczył wyłącznie szkód osobowych podczas realizacji świadczeń zamówionych przez ww. podmioty.
3. **Obowiązkowe OC lekarza i lekarza dentystry.** Obowiązek zawarcia dotyczył każdego lekarza, który wykonywał zawód w dowolnej formie: praktyk lekarskich (indywidualnych czy grupowych), pracował na podstawie umów cywilnoprawnych (zlecenia), a także, jeżeli wykonywał zawód w własnym zakładzie opieki zdrowotnej. Obowiązek nie dotyczył jedynie osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.
4. **Dobrowolne ubezpieczenie OC** – oparte na warunkach danego ubezpieczyciela.

Wszystkie ubezpieczenia obowiązkowe działały rozłącznie i selektywnie na określony rodzaj świadczeń, miały różne sumy gwarancyjne. Zakłady opieki zdrowotnej, które realizowały świadczenia poza umowami (np. poza umową z NFZ), tzw. świadczenia komercyjne (płatne bezpośrednio przez pacjenta), nie miały obowiązku zawierania żadnego ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone podczas udzielania tych świadczeń. Szkody tego typu były obejmowane ochroną w ramach dobrowolnego ubezpieczenia.

Nowy system ubezpieczeń

Z dniem 1 lipca 2011 roku została uchylona stara ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i weszła w życie nowa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która m.in. od 1 stycznia

2012 wprowadziła nowy system obowiązkowych ubezpieczeń, który ujedynolicił zakres ochrony i sumy gwarancyjne i zniósł wielość ubezpieczeń. Tym samym od 1 lipca 2011 uchylone zostało ubezpieczenie OC przyjmującego zamówienie, a od 1 stycznia 2012 uchylone zostały ubezpieczenia: OC świadczeniodawcy NFZ i OC lekarza i lekarza dentystry. Z tym, że zawarte w 2011 roku stare obowiązkowe ubezpieczenia zachowują swoją ważność do końca swojego okresu ubezpieczenia nie dłużej niż do 31 grudnia 2012. Nowe ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy. Zakłady opieki zdrowotnej stały się podmiotami leczniczymi, a praktyki lekarskie - praktykami zawodowymi lekarzy.

Nowy system obowiązkowych umów ubezpieczenia dla podmiotów leczniczych składa się z 2 rodzajów ubezpieczeń:

1. **OC podmiotu leczniczego** – opartego na warunkach Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
2. **Na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych** określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta — w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

OC podmiotu leczniczego - jest bardzo szerokim ubezpieczeniem, które każdy podmiot leczniczy i praktyka zawodowa musi zawrzeć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania 'działalności leczniczej'. Obejmuje ono szkody osobowe będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Minimalne sumy gwarancyjne w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, dla:

1. Szpitali - 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń,
2. Pozostałych podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

Ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (dla szpitali) wprowadzone zostało w celu skrócenia czasu oczekiwania na odszkodowanie pacjentów poszkodowanych podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych. Przez zmianę ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przyznano pacjentowi dodatkowe prawo do wystąpienia w wnioskiem do komisji wojewódzkiej do spraw orzekania o ustaleniu zdarzenia medycznego. Komisja orzeka, że zdarzenie medyczne wystąpiło, jeżeli doszło do: zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1. diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
2. leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,

3. zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Orzeczenie komisji wraz z uzasadnieniem doręcza się: podmiotowi składającemu wniosek (najczęściej pacjentowi), kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi. Ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji o wystąpieniu zdarzenia medycznego i za pośrednictwem komisji, w terminie 30 dni przedstawia propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia określona w ustawie np. w przypadku zakażenia 100 000 zł a śmierci 300 000 zł. Składający wniosek decyduje o przyjęciu lub odrzuceniu propozycji. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.

Dobrowolne ubezpieczenia po 1 stycznia 2012 r., funkcjonują podobnie jak przez tą datę. Nadal stanowią one uzupełnienie ochrony ubezpieczeniowej i dzielą się na dwa rodzaje: OC medyczne i OC ogólne. Dobrowolne OC medyczne uzupełnia ochronę o szkody związane ze świadczeniem zdrowotnym, np. szkody nieobjęte obowiązkowym ubezpieczeniem, wynikające z zabiegów w celach stricte kosmetycznych (niewynikających z urazu lub choroby), nadwyżkę do obowiązkowego ubezpieczenia (dodatkowa suma gwarancyjna) oraz niekiedy szkody rzeczowe np. poplamienie odzieży pacjenta podczas leczenia. OC ogólne w zakresie szkód niezwiązanych z udzielanym świadczeniem zdrowotnym uzupełnia ochronę o odpowiedzialność związaną z posiadaniem mieniem w tym nieruchomości, np.: poślizgnięcie się pacjenta na mokrej podłodze, zalanie sąsiadów w lokalu poniżej, przeniesienie ognia na inną lokalizację, odpowiedzialność najemcy ruchomości i nieruchomości, odpowiedzialność pracodawcy za wypadki przy pracy, itp., itd. Dodatkowym nietypowym ryzykiem jest odpowiedzialność cywilna wynajmującego pomieszczenia w tym gabinety wraz z sprzętem medycznym.

Jak zawierać nowe ubezpieczenia od 1 stycznia 2012?

W przypadku praktyk zawodowych lekarzy (indywidualnych, grupowych) praktycznie nie ma większego problemu. Lekarze ci w 2011 roku zawierali obowiązkowe ubezpieczenie „OC lekarza i lekarza dentystry” oraz ewentualne dodatkowe OC dobrowolne, niektórzy mieli OC świadczeniodawcy NFZ. Obowiązkowe ubezpieczenia zachowują swoją ważność do końca swojego okresu ubezpieczenia, podobnie jak dobrowolne OC. Świadczenia wykonywane na podstawie umowy z NFZ są objęte ochroną w ramach OC świadczeniodawcy NFZ, a świadczenia komercyjne na podstawie OC lekarza i lekarza dentystry. Najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy lekarz zawrze obowiązkowe ubezpieczenie oparte na nowym rozporządzeniu ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowe-

go ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i ewentualnie uzupełni ochronę o dobrowolne OC medyczne (w szczególności na zabiegi stricte kosmetyczne i nadwyżkę) i / lub OC ogólne. W ramach obowiązkowego ubezpieczenia powinien pomyśleć o odstąpieniu ubezpieczyciela od regresu w przypadku szkód wynikających z rażącego niedbalstwa.

W przypadku podmiotów leczniczych (dawnych NZOZ), jeżeli był kontrakt z NFZ to musiało być zawarte obowiązkowe OC świadczeniodawcy NFZ, oraz na świadczenia komercyjne NZOZ zawierał umowę dobrowolnego ubezpieczenia OC. Rzadko była konieczność zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC przyjmującego zamówienia. Z dniem 1 stycznia 2012 wszystkie rodzaje świadczeń w tym świadczenia komercyjne muszą być objęte ochroną w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC. Jeżeli dany podmiot wykonywał świadczenia komercyjne to musi uzupełnić obowiązkową ochronę o przez dokupienie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego z okresem od 1 stycznia 2012, dodatkowo, jeżeli prowadzi działalność szpitalnictwa to musi dokupić ubezpieczenie „na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych”. Zawarte w 2011 roku obowiązkowe ubezpieczenia OC świadczeniodawcy NFZ i OC przyjmującego zamówienie pozostają w mocy do końca swojego okresu ubezpieczenia. OC świadczeniodawcy NFZ i OC przyjmującego zamówienie nie będą już wznawiane, gdyż ochronę tą zapewni obowiązkowe OC podmiotu leczniczego, które powinno być zawarte od 1 stycznia 2012. Tylko w jednym przypadku podmiot leczniczy nie musi zawierać od 1 stycznia 2012 nowego obowiązkowego OC podmiotu leczniczego, mianowicie, kiedy nie wykonuje świadczeń komercyjnych. W tym przypadku ochrona na świadczenia wykonywane na podstawie umowy z NFZ jest udzielana niezmiennie do końca trwania OC świadczeniodawcy NFZ, a wznowienie ubezpieczenia odbędzie się już na warunkach nowego OC podmiotu leczniczego.

Problemy związane ze zmianami systemu

Utrata ochrony z dobrowolnego OC. Podmioty lecznicze (dawne NZOZ) z dniem 1 stycznia 2012 r. utraciły ochronę ubezpieczeniową z dobrowolnych umów ubezpieczenia OC na świadczenia komercyjne (wykonywane poza umowami np. NFZ). Wynika to z tego, że praktycznie każde dobrowolne ubezpieczenie OC zawiera wyłączenie odpowiedzialności za szkody objęte systemem obowiązkowych umów ubezpieczeń. Z chwilą wejścia w życie nowego systemu obowiązkowych umów OC podmiotów leczniczych, powstał obowiązek ubezpieczenia całej działalności medycznej, również na wypadek szkód wyrządzonych podczas udzielania świadczeń komercyjnych, zaczęło działać ww. wyłączenie odpowiedzialności dobrowolnych umów.

Na przykładzie trzech zakładów ubezpieczeń pokażemy, co należy zrobić z dobrowolnym OC.

W PZU S.A. zawarte w 2011 roku dobrowolne ubezpieczenia

mogą zostać rozwiązane, w to miejsce zawarte OC podmiotu leczniczego oraz ewentualnie nowe OC dobrowolne i OC ogólne.

TU Inter Polska S.A. wyrażą zgodę na wprowadzenie do ubezpieczenia aneksu, który znosi wyłącznie odpowiedzialności za szkody objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych, dzięki temu jest zachowana ochrona ubezpieczeniowa po 1 stycznia, 2012 ale na warunkach dobrowolnego ubezpieczenia. Nie zwalnia to z obowiązku zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego. Stare ubezpieczenie dobrowolne może zostać rozwiązane i w to miejsce zawarte OC dobrowolne na nowych warunkach.

W **TUiR Allianz Polska S.A.** z dniem 1 stycznia 2012 ubezpieczenie dobrowolne automatycznie przekształciło się w OC nadwyżkowe, tj. jest odpowiedzialność za szkody, za które przysługuje odszkodowanie z ubezpieczenia obowiązkowego w zakresie nadwyżki ponad limity określone stosownym Rozporządzeniem Ministra Finansów. Nie ma odpowiedzialności za szkody do 100 000 euro dla szpitali i do 75 000 euro dla pozostałych podmiotów leczniczych. Należy zawrzeć obowiązkowe OC podmiotu leczniczego, a starą dobrowolną umowę Allianz można pozostawić, jako nadwyżkę lub rozwiązać.

Brak możliwości uzyskania ochrony od 1 stycznia 2012.

Rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zostało ogłoszone w nocy 30 grudnia 2011 roku, tj. z bardzo dużym opóźnieniem. Siłą rzeczy na dzień 31 grudnia 2011 ani podmioty lecznicze, ani zakłady ubezpieczeń, ani pośrednicy nie byli przygotowani do zawarcia tych umów od 1 stycznia 2012. Dystrybucja informacji i procedur wymaga pewnego minimalnego czasu, który szacujemy minimum 3 miesiące. Tylko do 10 lutego 2012 roku była możliwość zawarcia ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego z okresem wstecz tj. od 1 stycznia 2012. Ponieważ 11 lutego 2012 r. weszła w życie zmiana ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, która uniemożliwiła objęcie ubezpieczeniem obowiązkowym okresu poprzedzającego zawarcie tej umowy. Pośrednicy ubezpieczeniowi, którzy byli na bieżąco ze zmianami z trudem zdołali zapewnić swoim klientom ochronę ubezpieczeniową od 1 stycznia 2012 z uwagi na dużą ilość realizacji umów w krótkim okresie. Jednak w większości podmiotów leczniczych do dziś nie ma świadomości koniecznych zmian, a już nie można uzyskać ochrony od 1 stycznia 2012. Będzie możliwa ochrona tylko od dnia następnego po złożeniu wniosku. Zatem już są i dalej będą okresy działalności bez ochrony ubezpieczeniowej mimo tego, że podmioty lecznicze mają dobrowolne ubezpieczenia OC.

Konsekwencje braku ubezpieczenia – brak ochrony i ryzyko wykreślenia z rejestru.

Najważniejszą konsekwencją braku ochrony ubezpieczeniowej jest konieczność pokrycia ewentualnych szkód z własnych środ-

ków podmiotu leczniczego. Okres przedawnienia wynosi 10 lat. Drugim problemem jest ryzyko wykreślenia z rejestru podmiotów leczniczych. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej Ministerstwo Zdrowia wskazuje że „Niezawarcie umowy może stanowić podstawę wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jako rażące naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem”.

Zamieszanie informacyjne

Rozporządzenie dotyczące OC podmiotów leczniczych rozdzieliło się długo i w bólach. Mam wrażenie, że nie zostały właściwie rozpoznane przez Ministerstwo Zdrowia i Finansów skutki i komplikacje okresu przejściowego. Nie było rzetelnej informacji do izb lekarskich ani do organów prowadzących rejestry. W naszej praktyce spotykamy się niejednokrotnie z dezinformowaniem lekarzy i podmiotów, co do obowiązku zawarcia umowy OC podmiotu leczniczego i pacjentów na wypadek zdarzeń medycznych. Dominuje przekonanie, że aktualne umowy są ważne do końca swojego okresu. Jest tak, ale tylko częściowo, w odniesieniu do obowiązkowych umów OC (OC lekarzy i lekarzy dentyków, OC świadczeniodawcy NFZ i OC przyjmującego zamówienie). Wynika to z Art. 212. 2. Ustawy o działalności leczniczej, która wprost odnosi się do **obowiązkowych** umów OC. W umowach dobrowolnych od 1 stycznia 2012 wejście w życie systemu obowiązkowych ubezpieczeń wyłączyło ochronę dla podmiotów leczniczych na szkody podczas wykonywania świadczeń komercyjnych. Organy prowadzące rejestr mają nierozpoznany temat powstania obowiązku ubezpieczenia, dodatkowo bardzo często rejestrują stare polisy np. OC świadczeniodawcy NFZ zamiast OC podmiotu leczniczego oraz nie mają procedury weryfikacji czy dany podmiot jest zobowiązany do zawarcia ubezpieczenia na rzecz pacjentów na wypadek zdarzeń medycznych.

Niewłaściwie postawy zakładów ubezpieczeń

Od października 2011 roku w zakładach ubezpieczeń powstał „ruch” wznawiania lub przejmowania umów z wyprzedzeniem np. tych, które kończyły się miesiącami styczeń luty a nawet marzec 2012 roku. Wzmoczone działania akwizycyjne miały zabezpieczyć podmioty lecznicze przed koniecznością zawierania nowego ubezpieczenia, które mogło być droższe od starego. Dodatkowo utwierdzano je w przekonaniu, że zawarcie umów w starym systemie zwalnia z obowiązku zawarcia umów w nowym systemie. Przypominam, że było już wiadomo, że tak będzie tylko w jednym przypadku, gdy podmiot udziela świadczeń tylko na podstawie umów np. z NFZ. W każdym innym przypadku powinno być wiadome, że należało będzie uzupełnić ochronę o obowiązkowe OC podmiotu leczniczego oraz, że ochrona z dobrowolnego OC wygaśnie. Podmioty tak obsługiwane nie dowiedzą się od swoich pośredników o zmianach, z uwagi ich na obawę utraty klienta. Pozostaną one bez ochrony na świadczenia komercyjne do czasu wygaśnięcia aktualnych polis.

Od 1 stycznia 2012 ochrona udzielana z obowiązkowego OC podmiotu leczniczego dotyczy każdego rodzaju świadczenia, niezależnie od tego czy wykonywane jest na podstawie umowy z NFZ

Z INNEJ PERSPEKTYWY

czy poza umową (komercyjną). Teraz dla potrzeb NFZ przedstawia się polisę obowiązkowego OC podmiotu leczniczego. Jeżeli podmiot leczniczy ma jeszcze ważne ubezpieczenie OC świadczeniodawcy NFZ to za obowiązkowe OC podmiotu leczniczego zapłaci taką składkę jak by nie miał poprzedniej umowy. Pomogłoby tu rozwiązanie poprzedniej umowy OC świadczeniodawcy NFZ gdyż ochronę w tym zakresie przejmuje obowiązkowe OC podmiotu leczniczego, ale nie ma takiej możliwości.

Brak aktu wykonawczego do ubezpieczenia na rzecz pacjentów na wypadek zdarzeń medycznych.

Do dziś ubezpieczenie na rzecz pacjentów nie doczekało się aktu wykonawczego. Rozporządzenie jest nadal w fazie projektu, co nie zwalnia z obowiązku zawierania tych umów.

Splycenie się rynku ubezpieczeniowego.

Szereg zakładów ubezpieczeń nie zdecydowało się na wprowadzenie oferty na ubezpieczenia w nowym systemie, co objawia się odmową zawarcia umów lub składkami zaporowymi. Na rynku pozostali praktycznie tylko dwaj gracze w zakresie OC podmiotu leczniczego: PZU S.A. i TU Inter Polska. Ubezpieczenia pacjenta na wypadek zdarzeń medycznych oferuje tylko PZU S.A. Odbija się to dramatycznie na składce za to ubezpieczenie.

Spółki cywilne nie są podmiotami leczniczymi.

Spółki cywilne, mimo tego, że są wpisane do rejestru podmiotów

leczniczych nie są uznawane przez zakłady ubezpieczeń w szczególności PZU S.A. za podmioty lecznicze, gdyż w myśl art. 4 ust. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, przedsiębiorcą są wspólnicy spółki cywilnej nie zaś spółka. Zgodnie z postanowieniem art. 4 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiotem leczniczym podlegającym obowiązkowemu ubezpieczeniu OC, jest przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Ponieważ nie można odmówić zawarcia ubezpieczenia obowiązkowego to jest zgodna na zawarcie obowiązkowego OC podmiotu leczniczego. Jednak PZU S.A. odmawia udzielenia ochrony w ramach dobrowolnego ubezpieczenia, przez co odpada ochrona za szkody wynikające z zabiegów stricte kosmetycznych i nadwyżkowa. Ministerstwo Zdrowia ma w tym zakresie inne zdanie, ale nie ukrywa, że jest problem, który może być rozwiązany jedynie przez zmianę ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Co robić?

Podmioty, które wykonują świadczenia wyłącznie na podstawie umowy z NFZ i praktyki zawodowe lekarzy mogą spokojnie czekać do wygaśnięcia aktualnych polis i wznowić je na nowych warunkach, pamiętając o odstąpieniu od regresu w przypadku szkód wynikających z rażącego niedbalstwa.

Podmiot, lecznicze, które wykonują świadczenia komercyjne możliwie szybko powinny dokonać analizy posiadanych ubezpieczeń i zawrzeć obowiązkowe OC podmiotu leczniczego oraz, jeżeli prowadzą szpital to zawrzeć ubezpieczenie na rzecz pacjentów na wypadek zdarzeń medycznych.

reklama

MATERIAŁ KOŚCIOZASTĘPCZY BEGO OSS

Innowacyjny, bezpieczny i skuteczny!

Niezawodny, kośćcozastępczy materiał pochodzenia wołowego.

Skład mineralny, trójwymiarowe struktury oraz właściwości fizykochemiczne i biologiczne są bardzo podobne do analogicznych cech kości ludzkich.

Unikalny proces produkcji (temperatura powyżej 1200°C) eliminuje wszystkie elementy organiczne oraz wszystkie potencjalne reakcje immunologiczne.

Porowatość preparatu znajduje się w obszarze 65-80%, a szerokość porów w zakresie 100 - 1500 µm.
BEGO OSS nie zawiera prionów BSE oraz protein.

CENA BRUTTO (1cm³) - 272⁰⁰ PLN

Przedstawiciel BEGO Implant Systems:

Denon Dental Sp. z o.o.

ul. Kolejowa 49 Konstancin-Jeziorna

tel. 22 717 58 70 e-mail: info@dental.pl

internet: www.dental.pl

MATERIAŁ
SYNTEZYCZNY
DOSTĘPNY TAKŻE
W STRZYKAWCE
BEGO OSS S
INJECT



 **BEGO**