

# STANOWISKO

## Konwentu Starostów Województwa Wielkopolskiego z dnia 23 stycznia 2012r.

**Konwent Starostów Województwa Wielkopolskiego** w poczuciu odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie szpitali powiatowych **wyraża kategorię sprzeciw** przeciwko zmianom systemowym wprowadzonym przez ustawodawcę w art. 25 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

Zmiany te dotyczą obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności szpitala z tytułu zdarzeń medycznych w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, **które w sposób katastrofalny** wpłyną na sytuację finansową polskich szpitali, doprowadzając do bardzo wysokiego przyrostu kosztów ubezpieczeń (**nawet o 300%**), które przy rosnących innych kosztach w sposób zasadniczy przyczynią się do wzrostu zadłużenia, a w następstwie do ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych dla naszych pacjentów.

W chwili obecnej, brak jest jakichkolwiek podstaw do oszacowania wysokości potencjalnych roszczeń, a proponowane w ofertach ubezpieczenia dla szpitali bardzo wysokie stawki składek, są niewspółmierne do dotychczasowej szkodowości tych placówek.

Szacujemy, że w Wielkopolsce jest to kwota około 8.500.000 PLN. O tyle będą niższe środki na leczenie pacjentów w szpitalach

Mając świadomość katastrofalnych skutków powstałej sytuacji, która może zagrozić polskiemu szpitalnictwu, jednocześnie nie przynosząc w efekcie żadnych korzyści pacjentom, zasilając finansowo firmy ubezpieczeniowe, **pilnie domagamy** się wprowadzenia koniecznych zmian w aktach prawnych, a mianowicie:

1. wykreślenie z Art.25 ust.1 ustawy o działalności leczniczej pkt 2)
2. takie określenie warunków dotychczasowego obowiązkowego ubezpieczenia, aby obejmowało nowy zakres ryzyka ubezpieczeniowego.
3. zdefiniowanie (poprzez zmiany w ustawie oraz stosownych rozporządzeniach), podstawy dochodzenia roszczeń przed komisjami orzekającymi, aby nie było możliwe dochodzenie w tej procedurze roszczeń w takich sprawach, które bezwzględnie wymagają procedury sądowej, w celu zapewnienia praw konstytucyjnych wszystkich stron ewentualnego sporu.

W załączeniu problem przedstawiamy w szerszym ujęciu, licząc na pilne załatwienie tej kwestii dla osiągnięcia spokoju społecznego i nie pogorszenia już i tak trudnej sytuacji finansowej szpitali.

Pragnąc wywiązać się z ustawowego obowiązku, kierujący szpitalami podjęli działania mające na celu zawarcie stosownych umów ubezpieczenia. Setki przeprowadzonych postępowań przyniosło w efekcie bardzo wysoką wartość złożonych ofert, składanych przez jedyne oferenta, jakim w całym kraju było PZU S.A. W skali kraju zdecydowana większość podmiotów zobowiązanych do zawarcia umowy ubezpieczenia, nie zdecydowała się na przyjęcie złożonej oferty ubezpieczenia, której cena istotnie przekroczyła kwotę, jaka została przeznaczona na realizację zamówienia. Tym samym, wobec wysokości oferowanych w postępowaniach przetargowych cen, w przypadku przytłaczającej większości szpitali nie został spełniony ustawowy obowiązek ubezpieczenia.

**W świetle obowiązujących przepisów podmioty te ponoszą realne ryzyko wykreślenia z rejestru i pozbawienia prawa wykonywania działalności leczniczej.**

Obowiązek w powyższym zakresie wynika z treści art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, gdzie na kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital nakłada się obowiązek niezwłocznego (nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy) przekazania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dokumentów wystawionych przez ubezpieczyciela, a potwierdzających fakt zawarcia umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych.

Zgodnie z zapisami ustawy niewywiązanie się przez kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital z przedstawionego obowiązku stanowić może w ściśle określonych przypadkach przesłankę wykreślenia podmiotu z rejestru, co z punktu widzenia art. 103 ustawy o działalności leczniczej pozbawia ten podmiot prawa wykonywania działalności leczniczej.

Przedstawienie aktualnego stanu rzeczy wydaje się być uzasadnione wobec sytuacji, jaka zaistniała z dniem 1 stycznia 2012 r. Z tym dniem większość szpitali w Polsce znajduje się w opisaney powyżej sytuacji. Dobitnego podkreślenia wymaga fakt nie bez znaczenia dla wysokości składanych ofert - mianowicie - jedynym ubezpieczycielem, który przystąpił do postępowań przetargowych był PZU S.A.

Przyczyn niewątpliwie niekorzystnej sytuacji dla prowadzonych przez nas jednostek dopatrujemy się między innymi w braku oddziaływania mechanizmów rynkowych na złożone przez PZU S.A. oferty.

Jednym ze źródeł takiego stanu rzeczy jest fakt, że do dnia 1 stycznia 2012 r. nie zostały wydane na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 67 k ust. 11 ustawy 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.2009 Nr52 poz.417 z późn. zm.) oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U.2011 Nr113 poz.660) rozporządzenia, w sprawie sposobu ustalania zadośćuczynienia i odszkodowania w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

W tym stanie rzeczy, choć zawarcie umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych na dzień powstania obowiązku jest konieczne i możliwe, gdyż elementy przedmiotowo i podmiotowo istotne umowy określa nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to ubezpieczyciele wobec niewydania przez Ministra Zdrowia stosownego rozporządzenia określającego warunki przedstawiania propozycji wypłat zadośćuczynień i odszkodowań, nie są w stanie w sposób rzetelny ocenić ryzyka związanego z oferowanymi umowami ubezpieczenia. Tym samym żadna z przedstawionych ofert nie uwzględnia rzeczywistego ryzyka, jakie przyjmuje na siebie ubezpieczyciel w związku z zawarciem umowy. Ryzyko to, w przypadku wydania przez Ministra Zdrowia stosownego rozporządzenia, może być niższe aniżeli zakładane dotychczas. Wydanie więc rozporządzenia, które jednoznacznie określi ryzyko ubezpieczyciela skutkować może obniżeniem cen składanych na chwilę obecną ofert, jak również przystąpienie do przetargów innych ubezpieczycieli.

Ponadto analizując wszystkie zgromadzone dotychczas oferty ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, uzasadnione wątpliwości budzi, czy PZU S.A. sprostało przedsięwzięciu zawierania nowych obowiązkowych umów ubezpieczenia w sektorze medycznym z punktu widzenia czysto technicznego i logistycznego. Analiza zgromadzonych ofert nie wskazuje bowiem na jakiegokolwiek kryterium, którym kierował lub mógł kierować się ubezpieczyciel przy szacowaniu ryzyka. Wobec powyższego, a ponadto stosunkowo krótkiego odstępu czasu pomiędzy ogłoszeniem a wejściem w życie przepisów dotyczących umów ubezpieczenia od zdarzeń medycznych istnieje uzasadniona obawa, że ubezpieczyciel nie był w stanie w sposób prawidłowy oszacować ryzyka i przedstawić uwzględniających go ofert.

Trudno w omawianych ofertach zauważyć jakikolwiek związek wartości oferty z wielkością szpitala, prowadzonymi przez te szpitale profilami medycznymi, czy ich dotychczasową szkodowością.

**W wyniku analizy ponad 27 ofert z terenu województwa wielkopolskiego wynika, że wartość proponowanych składek mieści się w przedziale 265.000 PLN – 589.000 PLN, są to wartości skrajne, a średnia składka to 323.351 PLN .**

Obecna bardzo trudna sytuacja finansowa szpitali, nie pozwala przyjąć tak wysokiego wzrostu kosztów ubezpieczeń, które przy rosnących między innymi kosztach wynagrodzeń wynikających ze wzrostu składki rentowej i wysokości minimalnego wynagrodzenia (ok. 2,5%), w sposób istotny mogłyby przyczynić się do wzrostu zadłużenia, a w następstwie do ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych naszych pacjentów.

Art. 67a. ust.1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tak definiuje pojęcie „zdarzenia medycznego”:

*„1. (...) 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 (...).”*

Tak szerokie określenie podstawy dochodzenia roszczeń powoduje, że pacjent będzie mógł przed komisjami orzekającymi dochodzić dokładnie tego samego, co na normalnej drodze sądowej. Pomijając to, że już ten sam fakt może spowodować skalę roszczeń, która sama z siebie będzie stanowić systemowe zagrożenie, to ustawodawca ustanowił w efekcie po raz drugi obowiązek ubezpieczenia tego samego ryzyka. Wprowadza obowiązek posiadania dwóch substytucyjnych względem siebie ubezpieczeń.

Szpitale w tej sytuacji będą musiały ponosić wielokrotnione koszty ubezpieczeń (co potwierdzają przeprowadzane właśnie postępowania przetargowe), a paradoksalnie takie zdefiniowanie podstawy dochodzenia roszczeń, dla ubezpieczycieli jest bardzo trudnym do oszacowania ryzykiem i z tego powodu większość z nich nie składa ofert, a jedyne na „rynku” PZU S.A., proponuje tak wysokie „bezpieczne” dla siebie wartości składek.

Zaistniała sytuacja utrwała i tak już bardzo złą sytuację na rynku ubezpieczeń szpitalnych. Powstaje systemowy monopol, w którym ogromne koszty ubezpieczeń, będą wykańczały szpitale z

jednej strony, a rosnące roszczenia wobec szpitali z drugiej. Należy mieć na uwadze, że mizerny przy tak dużych kosztach ubezpieczenia, poziom sum gwarancyjnych, nie pokryje wartości potencjalnych roszczeń.

/-/ Ryszard Kurp

Starosta Wolsztyński