



MINISTER ZDROWIA

MZ-OZZ-070-28049-2/EW/12

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 9.05.12.

nr 2186 podpis *[signature]*

p. dyr. M. Kłopotu
9.05.12

Warszawa,

2012-05-07

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 10.05.12
nr 3961 podpis *[signature]*

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Stanowony Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Stanisława Iwana – Senatora RP, przekazane przy piśmie znak BPS/043-09-332/12, dotyczące ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia podmiotów leczniczych prowadzących szpitale z tytułu zdarzeń medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr Dz Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) stworzyło nową drogę dochodzenia praw przez pacjenta, która pozwala na tańsze, prostsze uzyskanie odszkodowania na podstawie stwierdzenia przez komisje wojewódzką, iż miało miejsce zdarzenie medyczne. Z drugiej strony kwoty, które pacjent (spadkobierca) może uzyskać z tego tytułu są znacząco niższe od dochodzonych na drodze sądowej i ograniczone ustawowo. Zgodnie z art. 67 k ust. 7 ustawy - maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, wynosi 1.200.000 zł, z tym że w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta - wynosi 100.000 zł, a w przypadku śmierci pacjenta - wynosi 300.000 zł. Są to zatem rozwiązania korzystne zarówno dla pacjenta, jak i szpitala.

Zgodnie z przepisami o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które uzyskały poparcie Pana Senatora, wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zwane dalej „komisjami”, przeprowadzają postępowanie dowodowe na podstawie wniosków dowodowych wnoszonych przez strony postępowania (podobnie jak sąd powszechny, który w postępowaniu cywilnym nie zastępuje stron w zakresie wskazywania przez nie wniosków dowodowych). W tym zakresie do postępowania przed komisją stosuje się odpowiednio przepisy art. 227-237, art. 240-242, art. 244-257 i art. 258-273 Kodeksu postępowania administracyjnego. Komisja wydaje orzeczenie nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi.

W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz

ubezpieczycielowi, przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W rozpatrywaniu tego wniosku nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.

Ponadto podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą, po wykorzystaniu drogi odwoławczej (wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy albo po upływie terminu do złożenia tego wniosku) wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie 6-osobowym.

Zatem nie jest prawdą, iż podmiot prowadzący szpital nie ma wpływu na orzeczenie komisji, może on bowiem w trakcie postępowania przytaczać dowody wskazujące na bezpodstawność twierdzeń pacjenta, a w przypadku niekorzystnego rozstrzygnięcia złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) wprowadziła obowiązek posiadania takiego ubezpieczenia od 1 stycznia 2012 r.. W praktyce okazało się, że taki produkt ubezpieczeniowy oferuje tylko jeden ubezpieczyciel – PZU S.A., a proponowane przez niego składki ubezpieczenia przekraczają możliwości finansowe podmiotów. W związku z tym większość podmiotów leczniczych prowadzących szpitale nie spełniła dotychczas obowiązku ubezpieczenia.

W związku z powyższym w opracowanym projekcie założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, który był przedmiotem prac Komitetu Rady Ministrów w dniu 15 marca i 13 kwietnia br. i Rady Ministrów w dniu 2 maja br., proponuje się odejście od obligatoryjności w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Oznacza to, że w przypadku braku polisy pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych będą ponosiły podmioty lecznicze w granicach określonych w art. 67k ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Takie rozwiązanie pozwoli na swobodę w decydowaniu przez zarządzającego podmiotem leczniczym, czy podmiot ten sam będzie ponosił odpowiedzialność wobec pacjentów, czy będzie to ubezpieczyciel w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z tym podmiotem. Można zakładać, iż w miarę upływu czasu i analizy sytuacji w sferze zdarzeń medycznych (liczba wniosków, linia orzecznicza komisji) zwiększać się będzie liczba produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez innych, niż PZU S.A., ubezpieczycieli.

2 powtórzeniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU