

**Oświadczenie złożone  
przez senatora Władysława Ortyła  
na 9. posiedzeniu Senatu  
w dniu 12 kwietnia 2012 r.**

Oświadczenie skierowane do ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza

Szanowny Panie Ministrze.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami wszystkie szpitale w Polsce mają obowiązek wykupić dodatkowe ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków na rzecz pacjentów. Ubezpieczenie to ma gwarantować chorym wypłatę odszkodowań za tak zwane zdarzenia medyczne.

Należy zauważyć, że konieczność dodatkowego ubezpieczenia szpitali wiąże się ze znacznymi kosztami – jego wykupienie spotęguje problemy finansowe polskich szpitali. Nowe ubezpieczenie kosztuje pojedynczy szpital – zarówno prywatny, jak i publiczny – od 200 do 800 tysięcy zł rocznie. Dodatkowo od nowego roku znacznie wzrosła stawka OC. Ani szpitale, ani NFZ nie przewidziały tego w swoich budżetach. Szacuje się, że około 850 mln zł pochodzących głównie z kontraktów zostanie przeznaczone na ubezpieczenia zamiast na leczenie i inwestycje.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż obecnie ubezpieczenie od zdarzeń medycznych oferuje tylko jeden ubezpieczyciel, to jest PZU SA, gdyż pozostałe firmy ubezpieczeniowe wycofały ze swoich ofert ubezpieczenie od zdarzeń medycznych dla szpitali. To doprowadziło do znacznego wzrostu ceny takiego ubezpieczenia.

Dodatkowe koszty najbardziej odczuwają placówki publiczne, które poza kontraktem z NFZ nie mają zwykle innych źródeł finansowania, jednak największe problemy będą miały małe szpitale, których przychody są niewielkie. Efektem będzie też zadłużanie się publicznych szpitali, a w niepublicznych placówkach podnoszone będą ceny za usługi medyczne.

Warto podkreślić, że kluczowym czynnikiem wpływającym na wzrost kosztów ubezpieczeń jest kolejna ustawa zdrowotna, na mocy której rozpoczęły działalność wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Tym samym umożliwiono dochodzenie roszczenia przez pacjenta w szybszym trybie. Zasady funkcjonowania komisji budzą jednak sporo kontrowersji, gdyż szpitale nie mają możliwości odwołania się od decyzji komisji do sądu powszechnego. Zgodnie z obowiązującym dziś prawem komisje nie muszą bowiem przeprowadzać postępowania dowodowego, choć jednocześnie zobligowane są do wydania decyzji w ciągu zaledwie czterech miesięcy. W bardzo wielu przypadkach tak krótki okres nie jest wystarczający na przygotowanie rzetelnych i wiarygodnych ekspertyz. Poza tym korzystna dla pacjenta decyzja komisji nie jest wiążąca dla ubezpieczyciela, który powinien przedstawić swoją ofertę. W sytuacji, gdy pacjent nie zgodzi się z zaproponowaną sumą, pozostanie mu złożenie pozwu do sądu, dla którego orzeczenie komisji nie ma żadnego znaczenia.

Stosowanie opisanych procedur doprowadzi do patologicznych sytuacji i zapadania wielu niesprawiedliwych i krzywdzących dla szpitali orzeczeń, od których nie mają one prawa odwołać się do sądu powszechnego, co jest skrajną niesprawiedliwością.

W związku z zaistniałą sytuacją zwracam się do Pana Ministra z następującymi zapytaniami.

Z jakich źródeł szpitale mają pokryć koszty tego dodatkowego ubezpieczenia?

Czy została przeprowadzona symulacja skutków wprowadzenia w życie powyższej ustawy, a jeśli tak, to jakie są jej wyniki?

Czy resort zamierza podjąć działania mające na celu zmianę przepisów o działalności leczniczej?

Z poważaniem  
Władysław Ortył