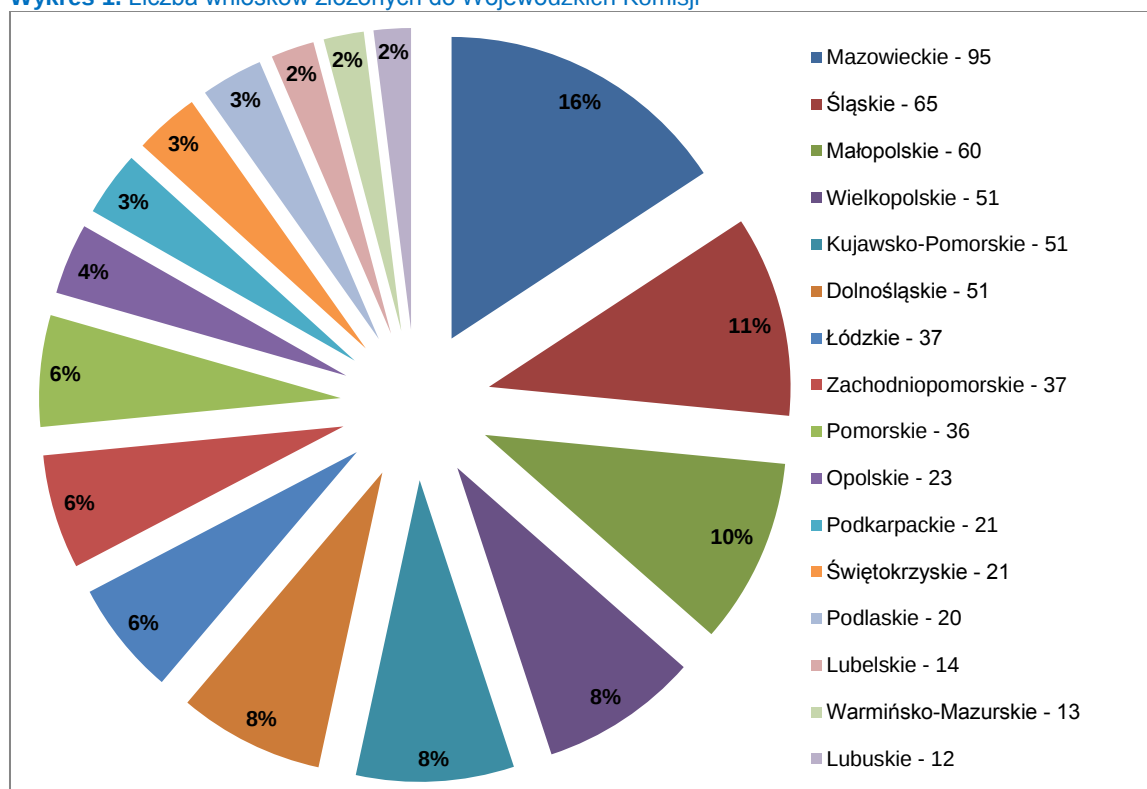


SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI WOJEWÓDZKICH KOMISJI DS. ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH ZA OKRES 01.01.2012 r. – 28.02.2013 r.

Niezależnie od przesunięcia terminu obowiązku posiadania ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, system dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami funkcjonuje. Dlatego prezentujemy sprawozdanie z działalności Wojewódzkich Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (dane na dzień 31.12.2012 r. i na dzień 28.02.2013 r.). Dokonałmy analizy danych, które pochodzą od Rzecznika Praw Pacjenta oraz z poszczególnych Komisji Wojewódzkich.

Łącznie do wszystkich Komisji wpłynęły 603 wnioski, z czego najwięcej w województwie mazowieckim – 95, a najmniej w województwie lubuskim - 12. Do Komisji wpłynęło również 48 wniosków o ponowne rozpatrzenie, co razem daje nam 651 wniosków będących przedmiotem prac komisji w badanym okresie.

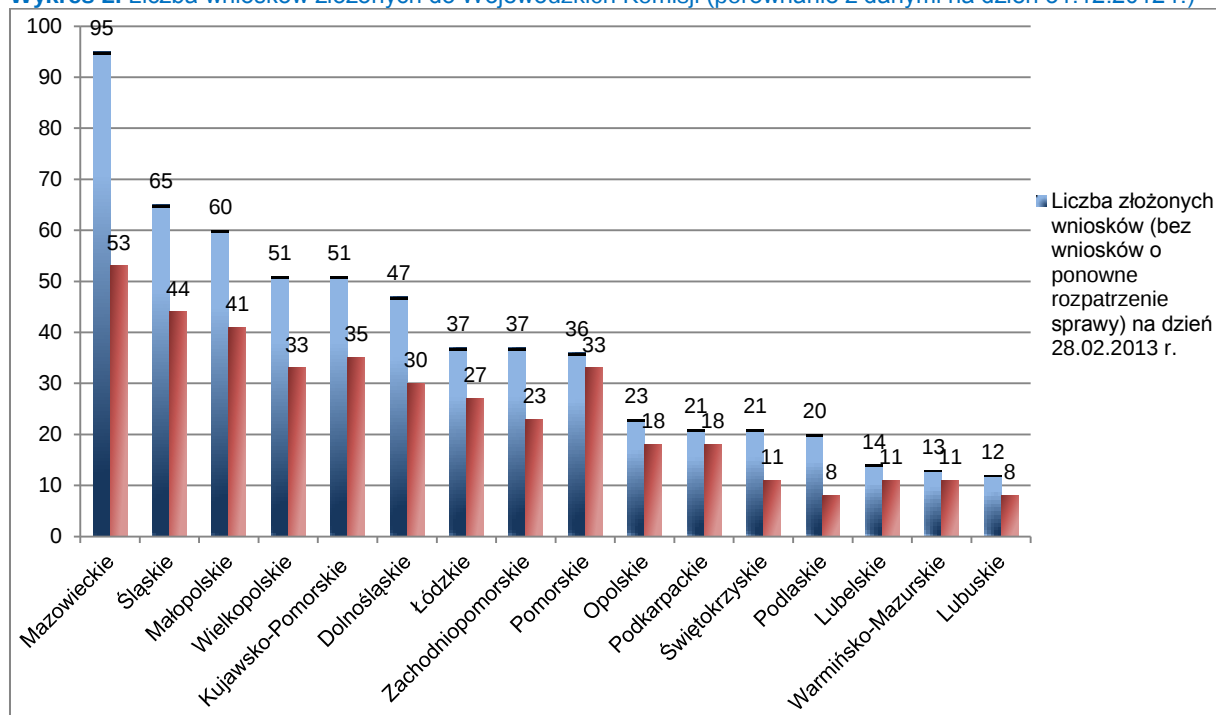
Wykres 1. Liczba wniosków złożonych do Wojewódzkich Komisji



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych od Rzecznika Praw Pacjenta na dzień 28.02.2013 r.

Rok 2013, jak prezentuje poniższy wykres (Wykres 2), przyniósł znaczny wzrost liczby spraw kierowanych do Komisji. W dwóch pierwszych miesiącach bieżącego roku wpłynęło 199 nowych wniosków. Taka dynamika pozwala przypuszczać, że liczba wniosków w 2013 r. znacznie przewyższy rok poprzedni.

Wykres 2. Liczba wniosków złożonych do Wojewódzkich Komisji (porównanie z danymi na dzień 31.12.2012 r.)

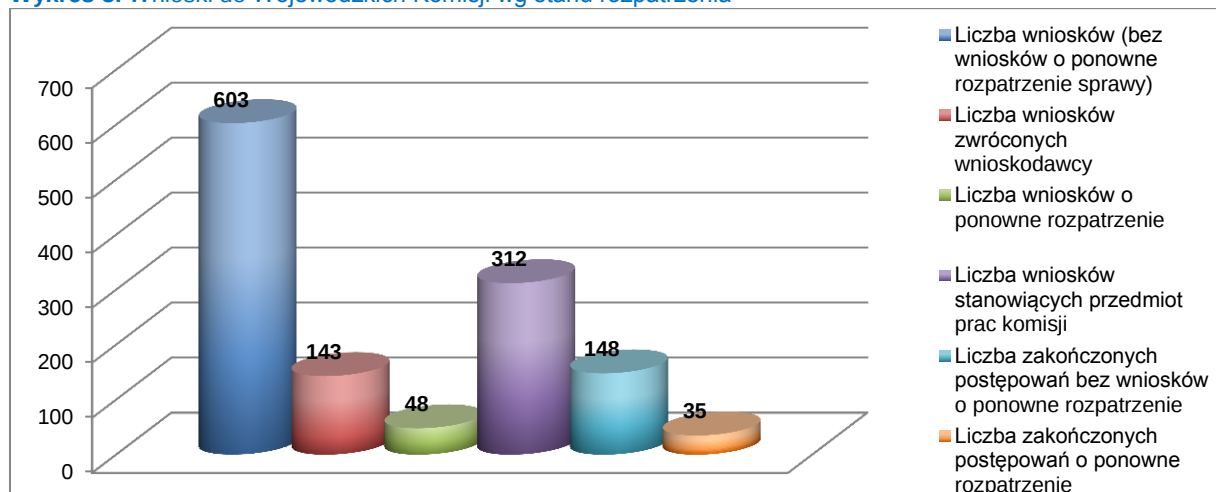


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych od Rzecznika Praw Pacjenta na dzień 31.12.2012 r. i na dzień 28.02.2013 r.

Analizując wyniki prac Komisji Wojewódzkich należy wskazać, że odrzuciły one 143 wnioski co stanowi ok. 24 % wszystkich wniosków, które zostały zwrócone do wnioskodawców. Natomiast 148 postępowań zostało zakończonych (ok. 25% wszystkich wniosków), z czego w przypadku 40 orzeczono, że doszło do zdarzenia medycznego. Wciąż jednak przedmiotem prac Komisji pozostaje 312 wniosków (52% wszystkich wniosków), a 48 wniosków dotyczy ponownego rozpatrzenia sprawy.

Biorąc pod uwagę łączną liczbę wniosków, które pozostały wciąż do rozpatrzenia, można zauważyć, że nowy tryb dochodzenia roszczeń przez pacjentów lub inne podmioty uprawnione zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. przedstawiciel ustawowy lub w wypadku śmierci spadkobierca), nie jest tak „szybki” jak zakładano podczas wprowadzania przepisów o Komisjach Wojewódzkich.

Wykres 3. Wnioski do Wojewódzkich Komisji wg stanu rozpatrzenia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych od Rzecznika Praw Pacjenta na dzień 28.02.2013 r.

Po wydaniu przez wojewódzką komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym Szpital bądź jego Ubezpieczyciel (jeżeli posiada ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych) zobowiązany jest w ciągu 30 dni zaproponować składającemu roszczenie wysokość świadczenia. Wysokość tej kwoty, zgodnie z przepisami prawa należy określić na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego.

Poniżej prezentujemy tabelę, która zawiera dane dotyczące wysokości świadczeń proponowanych przez Szpital/Ubezpieczyciela po wydaniu przez Komisję Wojewódzką orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego. Kwoty najczęściej nie są wysokie i Wnioskodawcy dość często nie przyjmują ich. W takiej sytuacji prawdopodobnie jest, że skierują sprawę na drogę sądową.

Tabela 1. Propozycje świadczeń

WOJEWÓDZTWO	WYSOKOŚĆ PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA	PRZYJĘTE / NIEPRZYJĘTE
Mazowieckie	34.500 zł	przyjęte
	80.000 zł	przyjęte
	13.750 zł	nieprzyjęte
	30.000 zł	nieprzyjęte
Śląskie	7.500 zł	przyjęte
	10.000 zł	przyjęte
	1.500 zł	nieprzyjęte
Małopolskie	7.450 zł	nieprzyjęte
Kujawsko-Pomorskie	50.000 zł	przyjęte
	7.500 zł	nieprzyjęte
Dolnośląskie	150.000 zł	przyjęte
	500 zł	nieprzyjęte
Łódzkie	2.500 zł	przyjęte
	50.000 zł	nieprzyjęte
	5.000 zł	nieprzyjęte
Zachodniopomorskie	Wniosek na 30.000 zł Szpital chce zapłacić 20.000 zł	sprawa w toku
Lubelskie	100.000 zł	przyjęte
Lubuskie	5.672,18 zł	nieprzyjęte

Źródło: Rzecznik Praw Pacjenta (28.02.2013 r.)

Na podstawie dotychczasowych przebiegów szkodowych ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych oraz przedstawionych w niniejszym opracowaniu danych w zakresie roszczeń do wojewódzkich komisji należy stwierdzić, że nie spełniły się przewidywania z 2011 r., które mówiły o lawinowym wzroście roszczeń. Wygląda na to, że ceny polis uwzględniały dużo większe ryzyko. Jednak trudno było dokładnie przewidzieć jak będzie funkcjonował zupełnie nowy, nieznany dotąd w naszych realiach system dochodzenia roszczeń. Jednocześnie należy mieć na względzie, że ostateczne podsumowanie 2012 roku będzie możliwe dopiero po 31 grudnia 2015 r., ponieważ wtedy upłynie termin przedawnienia roszczeń (za wyjątkiem toczących się postępowań spadkowych).