

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2011 r.

**w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w
przypadku zdarzenia medycznego**

Na podstawie art. 67k ust. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w art. 67k ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą”, oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ust. 1 ustawy.

§ 2. Wysokość świadczenia w przypadku zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 ustawy, ubezpieczyciel ustala, biorąc pod uwagę elementy pozostające w związku z danym rodzajem zdarzenia medycznego, w następujący sposób:

Lp.	Element	Waga	Maksymalna kwota wypłaty	
1.	Stopień pogorszenia zdrowia (poziom uszkodzenia ciała) powstały w wyniku zdarzenia medycznego	60%	60 000 zł	
2.	Pogorszenie jakości życia	Konieczność zapewnienia opieki osób trzecich	10%	10 000 zł
		Utrata zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości	5%	5 000 zł

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 96, poz. 620 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 i 660.

		nauki		
3.	Uciążliwość leczenia pozostająca w związku ze zdarzeniem medycznym		25%	25 000 zł

§ 3. 1. Stopień pogorszenia zdrowia, o którym mowa w § 2, ubezpieczyciel ocenia po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta poprzez określenie rodzaju i wysokości procentu uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 ustawy, w następujący sposób:

Grupa	Następstwa zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 ustawy	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu w wyniku następstw zdarzenia medycznego	Maksymalna kwota świadczenia
A	związane wyłącznie z wydłużeniem czasu leczenia (bez istotnego zaburzenia funkcji narządów, organów lub układów) lub wynikające wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego przemijające (czasowe) upośledzenie funkcji narządów, organów lub układów	brak stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu lub stwierdzany długotrwały (mogący ulec zmniejszeniu) uszczerbek na zdrowiu wynoszący mniej niż 10 %	0% z 60 000 zł czyli 0 zł
B	wynikające wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego przemijające (czasowe) upośledzenie funkcji narządów, organów lub układów, w których nie jest możliwe wyznaczenie trwałego uszczerbku na zdrowiu	Długotrwały (mogący ulec zmniejszeniu) uszczerbek na zdrowiu wynoszący co najmniej 10 %	do 50 % z 60 000 zł czyli do 30 000 zł

C	<p>wynikające wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego trwała utrata funkcji narządu lub</p> <p>co najmniej częściową utratę narządu z koniecznością prowadzenia terapii wspomagającej</p> <p>lub</p> <p>upośledzenie funkcji narządów innych niż związane z organem, narządem lub układem aktualnie leczonym, lub co najmniej częściowa utrata tych narządów</p>	trwały uszczerbek na zdrowiu	do 100 % z 60 000 zł czyli do 60 000 zł
---	---	------------------------------	--

2. W przypadku stwierdzenia współistnienia występowania uszczerbku długotrwałego i trwałego, o których mowa w ust. 1, stopień pogorszenia zdrowia ubezpieczyciel ocenia zgodnie z grupą C.

3. Po zakwalifikowaniu uszczerbku na zdrowiu do jednej z grup w sposób ustalony w ust. 1 lub 2, ubezpieczyciel dokonuje oceny jego wysokości, z tym że w przypadku gdy:

- 1) długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynosi od 10 % do 80%,
- 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wynosi od 0% do 80%

- kwotę świadczenia ustala jako iloczyn % uszczerbku na zdrowiu i maksymalnej kwoty świadczenia ustalonej dla danej grupy;

3) uszczerbek na zdrowiu wynosi więcej niż 80%, kwotę świadczenia ustala się w wysokości kwoty maksymalnej dla danej grupy.

§ 4. 1. Pogorszenie jakości życia, o którym mowa w § 2, ubezpieczyciel ocenia biorąc pod uwagę:

- 1) konieczność zapewnienia opieki osób trzecich polegającą na:
 - a) udzielaniu pomocy w zakresie mycia i ubierania się, spożywania posiłków, korzystania z toalety oraz przemieszczania się,
 - b) udzielaniu pomocy w zakresie przygotowania posiłków, utrzymania porządku w miejscu pobytu i załatwiania spraw poza domem,
 - c) pielęgnacji, w tym pielęgnacji odleżyn i trudno gojących się ran, oraz korzystania z rurki tracheotomijnej lub stomii,
 - d) stałej lub długotrwałej opiece z powodu naruszenia sprawności organizmu;

2) całkowitą lub częściową utratę zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokowanie odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu;

3) brak możliwości nauki.

2. W przypadku, gdy okres, w którym konieczne jest zapewnienie opieki osób trzecich lub brak jest zdolności do pracy zarobkowej, lub brak możliwości nauki, wynosi:

a) do 1 miesiąca – pacjentowi przysługuje 25%,

b) od 1 miesiąca do 3 miesięcy - pacjentowi przysługuje 50%,

c) od 3 miesięcy do 6 miesięcy - pacjentowi przysługuje 75%,

d) powyżej 6 miesięcy – pacjentowi przysługuje 100%

- maksymalnej kwoty, o której mowa w art. 67k ust. 7 pkt 1 ustawy.

3. Jeżeli okres, w którym konieczne jest zapewnienie opieki osób trzecich, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wynosi mniej niż 12 godzin na dobę, przyjmuje się, że zachodzi konieczność opieki czasowej i kwoty ustalone zgodnie z ust. 2 obniża się o połowę.

§ 5. 1. Ocena uciążliwości leczenia pozostającego w związku ze zdarzeniem medycznym, o której mowa w § 2, polega na ustaleniu czy pacjentowi w związku z leczeniem skutków zdarzenia medycznego, udzielono świadczeń zdrowotnych, których stopień uciążliwości określa się w następujący sposób:

Lp.	Świadczenia zdrowotne	Stopień uciążliwości (w %)
1.	Leczenie ambulatoryjne trwające do 30 dni	5%
2.	Leczenie ambulatoryjne trwające powyżej 30 dni	10%
3.	Leczenie szpitalne trwające do 30 dni	10%
4.	Leczenie szpitalne trwające powyżej 30 dni	20%
5.	Dodatkowy zabieg operacyjny albo metoda leczenia lub diagnostyki stwarzająca podwyższone ryzyko dla pacjenta, wymagające pisemnej zgody pacjenta – za każdy zabieg	10%
6.	Dodatkowe unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym lub syntetycznym trwające dłużej niż 7 dni	10%
7.	Izolacja pacjenta trwająca dłużej niż 7 dni	10%

8.	Dodatkowe unieruchomienie kręgosłupa trwające dłużej niż 7 dni	15%
9.	Dodatkowa hospitalizacja na oddziale intensywnej terapii lub oddziale intensywnej opieki medycznej trwająca dłużej niż 7 dni	20%
10.	Wyciąg za kończynę	20%
11.	Specjalistyczna terapia przeciwbólowa dłuższa niż 14 dni	20%
12.	Wystąpienie działania niepożądanego związanego ze stosowaniem produktu leczniczego lub incydentu medycznego związanego z użyciem wyrobu medycznego	20%
13.	Dodatkowy zabieg operacyjny w znieczuleniu przewodowym, dożylnym, zewnątrzoponowym oraz podpajęczynówkowym – za każdy zabieg	30%
14.	Dodatkowy zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym – za każdy zabieg	40%
15.	Wyciąg za czaszkę	30%
16.	Żywienie pozajelitowe lub przez zgłębniki trwające dłużej niż 7 dni	30%
17.	Stomia czasowa przewodu pokarmowego	40%
18.	Stomia czasowa układu moczowego	40%
19.	Prowadzenie terapii nerkozastępczej	50%

2. W przypadku ustalenia, że pacjentowi udzielono więcej niż jednego ze świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, wartości określające stopień uciążliwości podlegają zsumowaniu, przy czym nie mogą przekroczyć 100%.

§ 6. W przypadku śmierci pacjenta maksymalna kwota, o której mowa w art. 67k ust. 7 pkt 2 ustawy, ulega obniżeniu o:

- 1) 50% - jeżeli wnioskodawcą są spadkobiercy należący do grupy II, o której mowa w art. 14 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 oraz z 2011 r. Nr 75, poz. 398 i Nr 85, poz. 458);
- 2) 75% - jeżeli wnioskodawcą są spadkobiercy należący do grupy III, o której mowa w art. 14 ust. 3 pkt 3 ustawy wymienionej w pkt 1.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

MINISTER ZDROWIA

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 67k ust. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660).

Projekt rozporządzenia określa szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w art. 67k ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ust. 1 ww. ustawy.

Projektowane rozporządzenie nie było dotychczas poprzedzone żadnym innym rozporządzeniem, które regulowałoby tę materię, bowiem dopiero ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660), która wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., w rozdziale 13a wprowadza rozwiązania dotyczące zasad i trybu ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Z dniem 1 stycznia 2012 r. wchodzi także w życie przepisy art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), który wprowadza obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w rozumieniu art. 67a ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wobec powyższego rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

Przepisy projektowanego rozporządzenia posługują się siatką pojęciową znaną innym powszechnie obowiązującym przepisom, w tym art. 12 i 13 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.) i art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.)

W projektowanym rozporządzeniu przyjęto, że ubezpieczyciel, który będzie obowiązany przedstawić pacjentowi propozycję świadczenia z tytułu zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, będzie obowiązany ustalić jego wysokość biorąc pod uwagę następujące elementy:

- 1) stopień pogorszenia zdrowia (poziom uszkodzenia ciała) powstały w wyniku zdarzenia medycznego;
- 2) pogorszenie jakości życia polegające na:
 - a) konieczności zapewnienia opieki osób trzecich,
 - b) braku możliwości wykonywania pracy i zarobkowania lub brak możliwości nauki;
- 3) uciążliwość leczenia pozostająca w związku ze zdarzeniem medycznym.

Każdemu w ww. elementach, projektowane rozporządzenie przypisało wagę, która wyraża maksymalną kwotę, jaką w przypadku zaistnienia danego elementu, należy wypłacić pacjentowi. Suma tych kwot wynosi 100 tys. zł – czyli kwotę przewidzianą w art. 67k ust. 7 pkt ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepisy § 3 – 5 projektowanego rozporządzenia określają szczegółowe warunki oceny poszczególnych ww. elementów, co pozwala ustalić wysokość świadczenia w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Śmierć pacjenta będąc następstwem zdarzenia medycznego niesie za sobą skutki dla członków jego rodziny, przy czym są to często także negatywne skutki o charakterze ekonomicznym, stąd też uznano, że osoby najbliższe, które przepisy ustawy wyodrębniają w I grupę podatkową, o której mowa w art. 14 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768, z późn. zm.), powinny otrzymywać 100% maksymalnej kwoty, o której mowa w art. 67k ust. 7 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, natomiast wnioskodawcy należący do II i III grupy podatkowej, o których mowa w art. 14 ust. 3 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, otrzymają odpowiednio 50% (150 tys. zł) i 25% (75 tys. zł) ww. maksymalnej kwoty.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego dotyczy pacjentów, ubezpieczycieli oraz podmiotów leczniczych prowadzących szpitale.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt został przesłany do następujących podmiotów:

- 1) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 2) Federacja Pacjentów Polskich;
- 3) Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere;
- 4) Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant;
- 5) Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej;
- 6) Polska Izba Ubezpieczeń;
- 7) Naczelna Izba Lekarska;
- 8) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 9) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 10) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 11) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 12) Forum Związków Zawodowych;
- 13) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”;
- 14) Konfederacja Pracodawców Polskich;
- 15) Business Centre Club;
- 16) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 17) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 18) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

Wyniki konsultacji zostaną omówione w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

Ponadto, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), projekt rozporządzenia został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków dla sektora finansów publicznych, w tym budżetu państwa oraz dla jednostek samorządu

terytorialnego. Samo rozporządzenie ma charakter wykonawczy w stosunku do rozwiązań przyjętych w oraz art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), która przewiduje ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach rozdziału 13a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), i jako takie nie wywołuje z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach rozdziału 13a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dodatkowych skutków finansowych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Brak oddziaływania projektowanej regulacji na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Brak oddziaływania projektowanej regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Brak oddziaływania projektowanej regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na środowisko

Brak oddziaływania projektowanej regulacji na środowisko.

8. Wpływ regulacji na zdrowie

Brak bezpośredniego oddziaływania projektowanej regulacji na zdrowie, jednakże w dłuższej perspektywie czasu nie można wykluczyć, że rozwiązania przyjęte w rozdziale 13a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie, przyczynią się do eliminowania zdarzeń medycznych, a tym samym do podniesienia jakości w ochronie zdrowia.

KOPIA



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011-10-24

MZ-UZ-PR-0212-25306-5/KM/11

Pan

Michał Boni

Minister – Członek Rady Ministrów

Przewodniczący Stałego Komitetu Rady

Ministrów

Stosownie do postanowień § 11 ust. 1 uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 roku – Regulamin pracy Rady Ministrów (MP. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.), w załączeniu przekazuję projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego*, wraz z uprzejmą prośbą o ocenę skutków społeczno-gospodarczych (OSR) oraz zakresu konsultacji społecznych.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc

DYREKTOR

www.infoportal.gov.pl Ubezpieczenia Zdrowotnego

2011-10-20

Sylvia Lts

2011-10-20

INSZ-5845

2011-10-20