

Projekt z dnia 5 kwietnia 2013 r.

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2013 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 2012 r. poz. 159 i 742) 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 lub podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadkach, o których mowa w art. 67k ust. 10 ustawy ustala, biorąc pod uwagę elementy pozostające w związku z danym rodzajem zdarzenia medycznego, w następujący sposób:

Lp.	Element	Waga [%]	Maksymalna kwota wypłaty [zł]	
1	Stopień pogorszenia zdrowia (poziom uszkodzenia ciała) powstały w wyniku zdarzenia medycznego	60	60.000	
2	Pogorszenie jakości życia	Konieczność zapewnienia opieki osób trzecich	10	10.000
		Utrata zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości podjęcia lub kontynuowania nauki	5	5.000
3	Uciążliwość leczenia lub inna krzywda, pozostająca w związku ze zdarzeniem medycznym	25	25.000	

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

§ 3. 1. Stopień pogorszenia zdrowia ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadkach, o których mowa w art. 67k ust. 10 ustawy ocenia na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjenta uzyskanej w trakcie postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, 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 albo stwierdzony 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	wynikająca wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego trwała utrata funkcji narządu lub co najmniej częściowa utrata narządu z koniecznością prowadzenia terapii wspomagającej, lub upośledzenie funkcji narządów innych niż związane z organem, narządem lub układem leczonym lub co najmniej częściowa utrata tych organów, narządów lub układów	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, ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy prowadzący szpital

- w przypadkach, o których mowa w art. 67k ust. 10 ustawy jest obowiązany ocenić stopień pogorszenia zdrowia zgodnie z grupą C.

3. Po zakwalifikowaniu uszczerbku na zdrowiu do jednej z grup w sposób określony w ust. 1 i 2 ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadkach, o których mowa w art. 67k ust. 10 ustawy jest obowiązany dokonać oceny jego wysokości, z tym że w przypadku gdy:

- 1) długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynosi do 80%,
- 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wynosi do 80%
- kwotę świadczenia ustala się jako iloczyn procentu 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 lub podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadkach, o których mowa w art. 67k ust. 10 ustawy 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 przygotowywania 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 opieki z powodu naruszenia sprawności organizmu,
 - e) zapewnieniu rehabilitacji adekwatnej do stanu zdrowia pacjenta;
- 2) całkowitą lub częściową utratę zdolności do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nierokowanie odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu;
- 3) brak możliwości podjęcia lub kontynuowania nauki.

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

- 1) do 1 miesiąca - pacjentowi przysługuje 25%,
- 2) powyżej 1 miesiąca do 3 miesięcy - pacjentowi przysługuje 50%,

- 3) powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy - pacjentowi przysługuje 75%,
 - 4) powyżej 6 miesięcy - pacjentowi przysługuje 100%
- maksymalnej kwoty, o której mowa w lp. 2 tabeli określonej w § 2.

3. Jeżeli okres, w którym jest konieczne 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 lub innej krzywdy, pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym, o których mowa w § 2, polega na ustaleniu rodzaju i stopnia uciążliwości leczenia lub innej krzywdy, w następujący sposób:

Lp.	Rodzaj uciążliwości leczenia lub innej krzywdy	Stopień uciążliwości leczenia lub innej krzywdy [%]
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	Dodatkowy zabieg operacyjny w znieczuleniu przewodowym, dożylnym, zewnątrzoponowym oraz podpajęczynówkowym - za każdy zabieg	30
13	Dodatkowy zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym - za każdy zabieg	40
14	Wyciąg za czaszkę	30
15	Żywienie pozajelitowe lub przez zgłębniki trwające dłużej niż 7 dni	30
16	Stomia czasowa przewodu pokarmowego	40

17	Stomia czasowa układu moczowego	40
18	Prowadzenie terapii nerkozastępczej	50
19	Inna krzywda	5

2. Wysokość świadczenia w zakresie uciążliwości leczenia lub innej krzywdy, pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym, o których mowa w § 2, stanowi iloczyn sumy procentów stopni określonych w ust. 1 i kwoty 25.000 zł.

3. W przypadku ustalenia, że pacjent doznał więcej niż jednej uciążliwości leczenia lub innej krzywdy, pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym, o których mowa w § 2, wartości określające jej stopień podlegają zsumowaniu, przy założeniu, że nie mogą przekroczyć 100% kwoty, o której mowa w lp. 3 tabeli określonej w § 2.

§ 6. 1. W przypadku śmierci pacjenta ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadkach, o których mowa w art. 67k ust. 10 ustawy, ustala wysokość świadczenia na podstawie analizy uzasadnienia orzeczenia wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz dokumentacji przedstawionej przez podmiot składający wniosek, na podstawie której ustala zakres, intensywność i rozmiar doznanej krzywdy lub pogorszenie sytuacji życiowej podmiotu składającego wniosek.

2. Wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nie może przekraczać łącznej kwoty 300.000 zł, przy czym wysokość:

- 1) zadośćuczynienia - ustala się w kwocie nie wyższej niż 100.000 zł;
- 2) odszkodowania - ustala się w kwocie nie wyższej niż 200.000 zł.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2013 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. poz. 207), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 13 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742).

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Łakulska
22.05.2013

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego

Tomasz Pawłęga

DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

Sylvia Lis

2013-05-16

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 (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 i 742) i określa szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w art. 67k ust. 7 tej ustawy oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ust. 1 ww. ustawy.

Wydanie niniejszego rozporządzenia jest konsekwencją zmiany ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokonanej ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742). Projektowane rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. poz. 207).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z art. 13 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, który dotychczasowe rozporządzenie wydane na podstawie art. 67k ust. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742), zachował w mocy do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 1 lipca 2013 r.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia została wprowadzona zmiana w § 2, § 3, § 4 i § 6 ust. 1 poprzez dodanie wyrazów „lub podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadkach, o których mowa w art. 67 k ust. 10”. Powyższa zmiana wynika z tego, iż ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, poprzez dodanie w art. 25 ustawy o działalności leczniczej ust. 1d, umożliwiła zawieranie umów ubezpieczenia z udziałem własnym podmiotu leczniczego, nie wyższym niż 50% sumy ubezpieczenia. Oznacza to, że w przypadku sumy ubezpieczenia na poziomie minimalnym 300 000 zł, udział własny podmiotu leczniczego będzie stanowić maksymalnie 150 000 zł. Zmiana ta powoduje to, że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia przewiduje, iż do określonej kwoty to podmiot prowadzący szpital proponuje wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia, będzie on obowiązany do dokonania tego zgodnie z przepisami projektowanego rozporządzenia – w taki sam sposób jak czyni to ubezpieczyciel.

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).

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn.zm.).

Projekt rozporządzenia został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 11a uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

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 Rada Lekarska;
- 8) Naczelna Rada 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 po ich zakończeniu.

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 art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), 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 2012 r. poz. 159 i 742), 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 takowych 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.