

Warszawa, dnia 28 czerwca 2013 r.

Poz. 750

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 27 czerwca 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 | |

§ 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, przez określenie rodzaju i wyso-

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).

kości 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%, kwotę świadczenia ustala się jako iloczyn procentu uszczerbku na zdrowiu i maksymalnej kwoty świadczenia ustalonej dla danej grupy;
- 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 związanej z korzystaniem z rurki tracheotomijnej lub stomii,
 - d) stałej lub długotrwałej opiece 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 | 2 | 3 |
| 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 |

| 1 | 2 | 3 |
|----|--|----|
| 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 uciążliwość leczenia lub 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 po analizie 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: *B.A. Arłukowicz*

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 traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 13 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742).