

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 10 lutego 2012 r.

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

(Dz. U. z dnia 23 lutego 2012 r.)

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) 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 [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	10.000
		Utrata zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości nauki	5.000
3	Uciążliwość leczenia lub inna krzywda, pozostająca w związku ze zdarzeniem medycznym	25	25.000

**§ 3. 1.** Stopień pogorszenia zdrowia ubezpieczyciel ocenia po analizie 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 lub 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 jest obowiązany ocenić stopień pogorszenia zdrowia zgodnie z grupą C.

3. Po zakwalifikowaniu uszczerbku na zdrowiu do jednej z grup w sposób ustalony w ust. 1 i 2 ubezpieczyciel 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 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 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 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 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 której mowa w § 2, polega na ustaleniu rodzaju i stopnia uciążliwości leczenia lub innej krzywdy, w następujący sposób:

Lp.	Rodzaj krzywdy	Stopień [%]
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 której 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 której 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 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 ogłoszenia.

---

<sup>1)</sup> 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).