



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011 -11- 03

MZ-UZ-PR-0212-25306-6/KM/11

Według rozdzielnika

Stosownie do postanowień § 12 ust. 1 uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. 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*, z uprzejmą prośbą o zgłoszenie ewentualnych uwag w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu.

Niezgłoszenie uwag w terminie pozwolę sobie potraktować jako akceptację projektu. Jednocześnie uprzejmie proszę o przesyłanie uwag do projektu ustawy również na adres mailowy: k.makowiecka@mz.gov.pl.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc

Rozdzielnik:

1. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
2. Prezes Rządowego Centrum Legislacji
3. Pan Michał Boni – Minister – Członek Rady Ministrów – Przewodniczący Komitetu Rady Ministrów
4. Minister Edukacji Narodowej
5. Minister Finansów
6. Minister Gospodarki
7. Minister Infrastruktury
8. Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego
9. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
10. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
11. Minister Obrony Narodowej

12. Minister Pracy i Polityki Społecznej
13. Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi
14. Minister Rozwoju Regionalnego
15. Minister Skarbu Państwa
16. Minister Sportu i Turystyki
17. Minister Spraw Zagranicznych
18. Minister Sprawiedliwości
19. Minister Środowiska
20. Prezes Narodowego Fundusz Zdrowia
21. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
22. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
23. Naczelna Rada Lekarska
24. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
25. Naczelna Rada Aptekarska
26. Główny Urząd Statystyczny
27. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
28. Zakład Ubezpieczeń Społecznych
29. Komisja Nadzoru Finansowego
30. „Porozumienie Zielonogórskie” Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia
31. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
32. Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”
33. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
34. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
35. Związek Pracodawców Służby Zdrowia
36. Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
37. Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
38. Forum Związków Zawodowych
39. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”
40. Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”
41. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej
42. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych
43. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
44. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
45. Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych
46. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia
47. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych
48. Business Center Club
49. Związek Rzemiosła Polskiego
50. Krajowa Izba Gospodarcza
51. Stowarzyszenie Primum Non Nocere
52. Federacja Pacjentów Polskich

53. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
54. Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant
55. Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej
56. Polska Izba Ubezpieczeń
57. Rzecznik Praw Pacjenta
58. Rzecznik Ubezpieczonych
59. Wojewoda Dolnośląski
60. Wojewoda Kujawsko – Pomorski
61. Wojewoda Lubelski
62. Wojewoda Lubuski
63. Wojewoda Łódzki
64. Wojewoda Małopolski
65. Wojewoda Mazowiecki
66. Wojewoda Opolski
67. Wojewoda Podlaski
68. Wojewoda Pomorski
69. Wojewoda Podkarpacki
70. Wojewoda Śląski
71. Wojewoda Świętokrzyski
72. Wojewoda Wielkopolski
73. Wojewoda Warmińsko – Mazurski
74. Wojewoda Zachodniopomorski
75. Unia Metropolii Polskich
76. Związek Gmin Wiejskich RP
77. Związek Miast Polskich
78. Związek Powiatów Polskich
79. Federacja Związków Gmin i Powiatów RP
80. Konwent Marszałków Województw

**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 dłuższej 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:

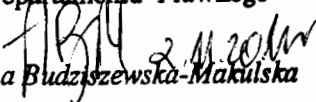
- 1) 50% - jeżeli wnioskodawcą są spadkobiercy należący do grupy II, o której mowa w art. 14 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 oraz z 2011 r. Nr 75, poz. 398 i Nr 85, poz. 458);
- 2) 75% - jeżeli wnioskodawcą są spadkobiercy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


Alina Budziszewska-Makulska

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 zarabkowania 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
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

Sylvia Lis

2011-10-20

INSZ-5845

2011-10-20

2011-10-20