



Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

## **- o                   dobrowolnych                    dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.**

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy panią poseł Joannę Muchę.

(-) Tadeusz Arkit; (-) Paweł Arndt; (-) Andrzej Biernat; (-) Bogdan Bojko; (-) Krzysztof Brejza; (-) Jacek Brzezinka; (-) Jerzy Budnik; (-) Bożenna Bukiewicz; (-) Andrzej Buła; (-) Marek Cebula; (-) Stanisław Chmielewski; (-) Janusz Chwierut; (-) Czesław Czechyra; (-) Andrzej Czerwiński; (-) Zdzisław Czucha; (-) Andrzej Czuma; (-) Alicja Dąbrowska; (-) Ewa Drozd; (-) Janusz Dziecioł; (-) Waldy Dzikowski; (-) Jerzy Feliks Fedorowicz; (-) Arkady Fiedler; (-) Krzysztof Gadowski; (-) Łukasz Gibała; (-) Artur Gierada; (-) Tomasz Głogowski; (-) Mariusz Grad; (-) Agnieszka Hanajczyk; (-) Michał Jaros; (-) Andrzej Kania; (-) Włodzimierz Karpiński; (-) Jarosław Katulski; (-) Magdalena Kochan; (-) Witold Kochan; (-) Domicela Kopaczewska; (-) Tadeusz Kopeć; (-) Jacek Kozaczyński; (-) Agnieszka Kozłowska-Rajewicz; (-) Jacek Krupa; (-) Tomasz Kulesza; (-) Izabela Leszczyna; (-) Beata Małecka-Libera; (-) Janusz Mikulicz; (-) Aldona Młyńczak; (-) Jan Musiał; (-) Witold Namyślak; (-) Tomasz Piotr Nowak; (-) Andrzej Nowakowski; (-) Danuta Olejniczak; (-) Andrzej Orzechowski; (-) Witold Pahl; (-) Kazimierz Plocke; (-) Sławomir Preiss; (-) Norbert Raba; (-) Damian Raczkowski; (-) Grzegorz Roszak; (-) Arkadiusz Rybicki; (-) Andrzej Ryszka; (-) Jan Rzymelka; (-) Henryk Siedlaczek; (-) Krystyna Skowrońska; (-) Joanna Skrzydlewska; (-) Paweł Suski; (-) Miron Sycz; (-) Grzegorz Sztolcman; (-) Iwona Śledzińska-Katarasińska; (-) Irena Tomaszak-Zesiuk; (-) Łukasz Tusk; (-) Krzysztof Tyszkiewicz; (-) Cezary Urban; (-) Jarosław Urbaniak; (-) Monika Wielichowska; (-) Radosław Witkowski; (-) Norbert Wojnarowski; (-) Adam Wykręt; (-) Jacek Zacharewicz; (-) Ryszard Zawadzki; (-) Hanna Zdanowska; (-) Marek Zieliński; (-) Wojciech Ziemiak; (-) Stanisław Żmijan.

## USTAWA

z dnia .....2008 r.

### o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych<sup>1)</sup>

**Art. 1.** Ustawa określa:

- 1) zasady wykonywania działalności ubezpieczeniowej oraz zawierania i wykonywania umów w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) zasady sprawowania nadzoru nad prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

**Art. 2.** 1. Dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne polega na udzielaniu, na podstawie umowy ubezpieczenia i w zakresie określonym przepisami ustawy, ochrony na wypadek wystąpienia skutków zdarzeń losowych w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.<sup>2)</sup>) dotyczących zdrowia ubezpieczonego, polegających na wystąpieniu potrzeb ubezpieczonego w zakresie skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej zakwalifikowanych jako:

- 1) gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie,
- 2) częściowo gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej,
- 3) niegwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej

- w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.<sup>3)</sup>), z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących.

<sup>1)</sup> Niniejsza ustawa zmienia ustawę z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawę z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym.

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 48, poz. 447, Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331, Nr 82, poz. 557, Nr 102, poz. 691 i Nr 112, poz. 769.

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 169, poz. 1411, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 102, poz. 691, Nr 115, poz. 793 i Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172 i Nr 171, poz.

2. Zakres przysługujących ubezpieczonemu świadczeń jest określany w umowie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Działalność ubezpieczeniową w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego prowadzą zakłady ubezpieczeń w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

**Art. 3.** Określenia użyte w ustawie oznaczają:

1) dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – komplementarne ubezpieczenia zdrowotne i suplementarne ubezpieczenia zdrowotne;

2) suplementarne ubezpieczenie zdrowotne – dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń zapewnia ubezpieczonemu dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie;

3) komplementarne ubezpieczenie zdrowotne - dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń zapewnia ubezpieczonemu dostęp do niegwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub sfinansowanie części kosztów świadczeń częściowo gwarantowanych, na zasadach określonych w ustawie;

4) świadczenie gwarantowane – świadczenie gwarantowane w rozumieniu art. 5 pkt 35 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

5) świadczenie częściowo gwarantowane – świadczenie częściowo gwarantowane w rozumieniu art. 5 pkt 35a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

6) świadczenie niegwarantowane – świadczenie niegwarantowane w rozumieniu art. 5 pkt 35b ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

7) świadczenia opieki zdrowotnej – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

8) świadczenie towarzyszące - świadczenie towarzyszące w rozumieniu art. 5 pkt 38 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

9) świadczenie zdrowotne rzeczowe - świadczenie zdrowotne rzeczowe w rozumieniu art. 5 pkt 37 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

10) świadczeniodawca - świadczeniodawcę rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Art. 4.** 1. Umowę dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawiera się z zakładem ubezpieczeń posiadającym zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie działu II grupy 2 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

2. Zawarcie umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie narusza przepisów dotyczących obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego określonego w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przepisy ustawy stosuje się także do objęcia ubezpieczeniem osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych, w imieniu których umowę ubezpieczenia dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawarł ich przedstawiciel ustawowy.

**Art. 5.** 1. Ubezpieczający zawiera umowę dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z wybranym przez siebie zakładem ubezpieczeń wykonującym działalność ubezpieczeniową w zakresie tego ubezpieczenia.

2. Umowę dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawiera się na czas nie krótszy niż 12 miesięcy.

3. Zakład ubezpieczeń nie wcześniej niż na 2 miesiące i nie później niż na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego została zawarta, powiadamia na piśmie ubezpieczonego o zbliżającym się terminie wygaśnięcia umowy.

4. Jeżeli ubezpieczony, nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu, na który umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego została zawarta, nie powiadomi zakładu ubezpieczeń na piśmie o wypowiedzeniu umowy, uważa się, iż została zawarta następna umowa na taki sam okres.

5. Umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawarta w

trybie ust. 4 ulega rozwiązaniu, jeżeli w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia ubezpieczony nie opłaci miesięcznej składki ubezpieczeniowej lub kwota zadłużenia z tytułu poprzedniej umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego przekracza kwotę stanowiącą równowartość składek z okresu kwartału.

**Art. 6.** 1. Ogólne warunki dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

2. Postanowienia umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczonego.

3. Ogólne warunki dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego określają w szczególności:

- 1) prawa i obowiązki każdej ze stron umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- 3) sposób ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej i sposób jej opłacania;
- 4) tryb i warunki dokonania zmiany umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) przesłanki i terminy rozwiązania umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez każdą ze stron;
- 6) sposób i tryb rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczonego oraz organ właściwy do ich rozpatrzenia.

**Art. 7.** 1. Świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy:

- 1) suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz
  - 2) komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i ust 3 pkt 2 gdy umowa zawierana jest przez osobę inną niż świadczeniobiorca w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- polega na zapewnieniu przez zakład ubezpieczeń dostępu do objętych umową świadczeń opieki zdrowotnej.

**Art. 8.** Świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 3 pkt 2, gdy umowa zawierana jest przez świadczeniobiorcę w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polega na pokryciu części kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Umowa komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, której przedmiotem jest świadczenie zakładu ubezpieczeń określone w ust. 1 może być zawarta wyłącznie ze świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczenie zakładu ubezpieczeń polega na pokryciu różnicy ceny pomiędzy ceną świadczenia finansowaną ze środków publicznych a ceną udzielonego ubezpieczonemu świadczenia opieki zdrowotnej ustaloną przez świadczeniodawcę w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Art. 9.** W przypadku zawarcia umowy suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, którego stroną nie jest świadczeniobiorca w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenie zakładu ubezpieczeń obejmuje zapewnienie udzielania ubezpieczonemu świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, innych badań lub procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, a także diagnostykę i leczenie powikłań wynikających z wykonanych procedur.

**Art. 10.** 1. Świadczeniobiorca uprawniony o świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z zakładem ubezpieczeń umowy suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego wskazuje świadczeniodawcy, przed rozpoczęciem udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, czy świadczenie będzie udzielane

w ramach:

- 1) powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego albo
- 2) umowy suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, następuje zrzeczenie się przez świadczeniobiorcę, w zakresie udzielanego świadczenia, korzystania z prawa do świadczeń gwarantowanych. Przepis art. 9 stosuje się odpowiednio.

3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany przekazywać, co miesiąc właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia informację o liczbie, rodzaju i zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcy na podstawie w ust. 1 pkt 2 wraz z danymi umożliwiającymi identyfikację świadczeniobiorcy, w tym numerem PESEL, a w przypadku gdy świadczeniobiorcy nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego.

**Art. 11.** Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Funduszem, jest zobowiązany poinformować właściwy oddział wojewódzki Funduszu o treści każdej umowy zawartej z zakładem ubezpieczeń w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie później niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

**Art. 12.** 1. Zakład ubezpieczeń prowadzi rejestr ubezpieczonych zawierający dane osobowe ubezpieczonych, informacje o wpływach ze składek ubezpieczeniowych oraz informacje dotyczące realizowanych świadczeń.

2. Dane osobowe, o których mowa w ust. 1, obejmują:

- 1) imię (imiona) i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL i NIP, a w przypadku, gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i numeru NIP lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego;
- 4) adres miejsca zamieszkania.

3. Zakład ubezpieczeń udostępnia nieodpłatnie dane zawarte w rejestrze na wniosek Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w zakresie w jakim jest to niezbędne do monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych, rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykonywania kontroli u świadczeniodawców na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Zakład ubezpieczeń przekazuje nieodpłatnie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, raz na kwartał, zbiorcze dane zawarte w rejestrze w sposób uniemożliwiający identyfikację ubezpieczonych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób prowadzenia rejestru ubezpieczonych,
- 2) zakres informacji, które powinny być zawarte w rejestrze,
- 3) sposób sporządzania i przechowywania kopii danych zawartych w rejestrze na wypadek ich utraty,
- 4) termin i sposób przekazywania danych na podstawie ust. 4

- mając na względzie konieczność zapewnienia ochrony danych osobowych ubezpieczonych oraz zapewnienie sprawnej realizacji zadań zakładu ubezpieczeń określonych w ust. 3 i 4.

**Art. 13.** Nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń w zakresie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych sprawuje Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Art. 14.** W zakresie nieuregulowanym w niniejszej ustawie:

- 1) do działalności zakładów ubezpieczeń stosuje się ustawę o z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej;
- 2) do umów dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.<sup>4)</sup>).

---

<sup>4)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1971 r. Nr 27, poz. 252, z 1976 r. Nr 19, poz. 122, z 1982 r. Nr 11, poz. 81, Nr 19, poz. 147 i Nr 30, poz. 210, z 1984 r. Nr 45, poz. 242, z 1985 r. Nr 22, poz. 99, z 1989 r. Nr 3, poz. 11, z 1990 r. Nr 34, poz. 198, Nr 55, poz. 321 i Nr 79, poz. 464, z 1991 r. Nr 107, poz. 464 i Nr 115, poz. 496, z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z 1994 r. Nr 27, poz. 96, Nr 85, poz. 388 i Nr 105, poz. 509, z 1995 r. Nr 83, poz. 417, z 1996 r. Nr 114, poz. 542, Nr 139, poz. 646 i Nr 149, poz. 703, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 115, poz. 741, Nr 117, poz. 751 i Nr 157, poz. 1040, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 758, z 1999 r. Nr 52, poz. 532, z 2000 r. Nr 22, poz. 271, Nr 74, poz. 855 i 857, Nr 88, poz. 983 i Nr 114, poz. 1191, z 2001 r. Nr 11, poz. 91, Nr 71, poz. 733, Nr 130, poz. 1450 i Nr 145, poz. 1638, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 i Nr 141, poz. 1176, z 2003 r. Nr 49, poz.



**Art. 15.** W ustawie z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 1996 r., Nr 70, poz. 335 z późn. zm.<sup>5)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) działalność socjalna - usługi świadczone przez pracodawców na rzecz różnych form krajowego wypoczynku, działalności kulturalno-oświatowej, sportowo-rekreacyjnej, ubezpieczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia ..... 2008 r. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych (Dz. U. Nr. ..., poz. ...), udzielanie pomocy materialnej - rzeczowej lub finansowej, a także zwrotnej lub bezzwrotnej pomocy na cele mieszkaniowe na warunkach określonych umową”;

2) w art. 8:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do przyznawania dopłat z Funduszu przeznaczonych na finansowanie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia ..... 2008 r. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.”,

b) ust. 2a otrzymuje brzmienie:

„2a. Usługi i świadczenia, o których mowa w ust. 1 i 2 - w zakresie różnych form wypoczynku, działalności kulturalno-oświatowej i sportowo-rekreacyjnej, a także ubezpieczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia ..... 2008 r. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych - mogą być finansowane z Funduszu, jeżeli są świadczone wyłącznie na terenie kraju. Zasada ta dotyczy także dopłat z Funduszu do takich usług lub świadczeń.”.

**Art. 16.** W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 22:

---

408, Nr 60, poz. 535, Nr 64, poz. 592 i Nr 124, poz. 1151, z 2004 r. Nr 91, poz. 870, Nr 96, poz. 959, Nr 162, poz. 1692, Nr 172, poz. 1804 i Nr 281, poz. 2783, z 2005 r. Nr 48, poz. 462, Nr 157, poz. 1316 i Nr 172, poz. 1438, z 2006 r. Nr 133, poz. 935 oraz z 2007 r. Nr 80, poz. 538, Nr 82, poz. 557 i Nr 181, poz. 1287.

<sup>5)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 118, poz. 561, Nr 139, poz. 647 i Nr 147, poz. 686, z 1997 r. Nr 82, poz. 518 i Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 75, poz. 486 i Nr 113, poz. 717, z 2002 r. Nr 135, poz. 1146, z 2003 r. Nr 213, poz. 2081, z 2005 r. Nr 249, poz. 2104 oraz z 2007 r. Nr 69, poz. 467 i Nr 89, poz. 589.

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane przekazać posiadane informacje, o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji.”;

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw instytucji finansowych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres i tryb udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty, o których mowa w ust. 1, informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, a także sposób ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji, uwzględniając, niezbędny dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zakres tych informacji oraz zastosowanie odpowiedniej stawki składki dla określenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.”.

**Art. 17.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 18a dodaje się art. 18b w brzmieniu:

„Art. 18b. 1. Świadczeniodawca korzystający w zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, może pobierać opłaty od świadczeniobiorców oraz od innych osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie ustawy lub odrębnych przepisów za świadczenia zdrowotne udzielone tym świadczeniobiorcom albo osobom.

2. Pobieranie opłat, o których mowa w ust. 1, następuje na podstawie umowy

zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a odpowiednio świadczeniobiorcą albo osobą, o której mowa w ust. 1. Zawarcie umowy oznacza zrzeczenie się przez świadczeniobiorcę albo tę osobę, w zakresie określonym w umowie, korzystania z prawa do świadczeń gwarantowanych.

3. Zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2, jest zabronione, jeżeli:

1) świadczeniodawca uzyska lub uzyskał zapłatę za udzielone świadczenie opieki zdrowotnej ze środków publicznych;

2) udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących przedmiot umowy mogłoby spowodować ograniczenie możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie ustawy lub przepisów odrębnych.

4. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 1, ustala świadczeniodawca. Wysokość opłat jest udostępniana przez świadczeniodawcę do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty poprzez umieszczenie ich w miejscu ogólnodostępnym.

5. W przypadku świadczeń częściowo gwarantowanych wysokość opłaty stanowi różnicę pomiędzy ceną tego świadczenia a ceną odpowiedniego gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych.

6. Świadczeniodawca jest obowiązany przekazywać, co miesiąc właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu informację o liczbie, rodzaju i zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie umowy, o której mowa w ust. 2 wraz z danymi umożliwiającymi identyfikację świadczeniobiorcy, w tym numerem PESEL, a w przypadku gdy świadczeniobiorcy nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy.

7. Przepisy ust. 2, 3 pkt 2 i ust. 4 stosuje się odpowiednio do opłat pobieranych przez szpital za zapewnienie pacjentowi, na jego życzenie, pomieszczenia o standardzie wyższym, niż określony w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.

8. Przepis art. 11 ustawy o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych stosuje się odpowiednio.”;

3) w art. 117 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży oraz koszty nadzoru”;

4) uchyla się Dział VII ustawy, po Dziale VII dodaje się Dział VII a w brzmieniu:

„Dział VIIa  
Nadzór

Art. 188a. 1. Tworzy się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, zwany dalej „Urzędem Nadzoru”.

2. Urząd Nadzoru jest właściwy w sprawach nadzoru nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz działalnością ubezpieczeniową zakładów ubezpieczeń w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Nadzór nad działalnością Urzędu Nadzoru sprawuje Prezes Rady Ministrów.

Art. 188b. 1. Urzędem Nadzoru kieruje Prezes, będący centralnym organem administracji rządowej, którego powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Prezes kieruje Urzędem Nadzoru przy pomocy dwóch Zastępców Prezesa, powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru.

3. Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów wiadczeniobiorców oraz osób ubezpieczonych.

4. Organizację Urzędu Nadzoru określa statut. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Urzędowi Nadzoru.

Art. 188c. Do zadań Urzędu Nadzoru należy:

1) sprawowanie nadzoru, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, nad działalnością:

- a) Funduszu,
- b) świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem,
- c) podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności,
- d) aptek, w zakresie refundacji leków,

- 2) sprawowanie nadzoru nad zakładami ubezpieczeń wykonującymi działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 188d. 1. Do sprawowania nadzoru, o którym mowa w art. 188c pkt 2, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym i ustawy z dnia 22 maja o działalności ubezpieczeniowej.

2. Wydatki stanowiące koszty nadzoru, o którym mowa w art. 188c pkt 2, w wysokości określonej w ustawie budżetowej, są pokrywane z wpłat wnoszonych przez podmioty nadzorowane w wysokości i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Art. 188e. 1. Prezes Urzędu Nadzoru bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy:

- 1) narusza ona prawo lub
- 2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub
- 3) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

2. Uchwały Rady Funduszu i decyzje Prezesa Funduszu Prezes Funduszu przekazuje Prezesowi Urzędu Nadzoru niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podjęcia.

3. Przepisów ust. 1-2 nie stosuje się do postępowania w sprawie zatwierdzenia planu finansowego, uchwał dotyczących sprawozdania finansowego, sprawozdań z wykonania planu finansowego oraz decyzji wydanych w wyniku wniesienia odwołania w trakcie postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego oraz w sprawach wynikających z pełnienia funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Art. 188f. 1. Prezes Urzędu Nadzoru może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz uchwały podejmowane przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Przepisy art. 188e stosuje się odpowiednio.

Art. 188g. 1. W ramach nadzoru Prezes Urzędu Nadzoru jest uprawniony w szczególności do:

- 1) żądania udostępnienia mu przez Fundusz dokumentów związanych z działalnością Funduszu lub ich kopii oraz zapoznawania się z ich treścią;
- 2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Rady Funduszu, Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 188c pkt 1 lit c, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących czynności wykonywanych na rzecz Funduszu;
- 5) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 188c pkt 1 lit. d, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków.

2. Prezes Urzędu Nadzoru, przedstawiając pisemne żądanie, o którym mowa w ust. 1, wskazuje termin jego wykonania.

3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń prawa, statutu Funduszu lub interesu świadczeniobiorców Prezes Urzędu Nadzoru powiadamia odpowiednio Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 188c pkt 1 lit. c, lub aptekę o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.

4. W przypadku gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3, liczy się od dnia doręczenia decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości Fundusz, świadczeniodawca, podmiot, o którym mowa w art. 188c

pkt 1 lit. c, lub apteka informuje pisemnie Prezesa Urzędu Nadzoru o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 188h. 1. W razie nieusunięcia przez Fundusz w wyznaczonym terminie nieprawidłowości, Prezes Urzędu Nadzoru może wystąpić do:

- 1) Prezesa Rady Ministrów - o odwołanie wszystkich członków Rady Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu działania Rady Funduszu;
- 2) Prezesa Funduszu - o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, w ciągu 30 dni od dnia odwołania:

- 1) Prezes Rady Ministrów powołuje nowych członków Rady Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 99 ust. 1, 5 i 6;
- 2) Prezes Funduszu powołuje nowego dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 107 ust. 2 i 3.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, odpowiednio członkowie Rady Funduszu oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonują jedynie czynności niezbędne do zapewnienia ciągłości działania Funduszu.

Art. 188i. 1. W przypadku naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 188g ust. 1 pkt 1-4, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielenie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.

2. W przypadku naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 188g ust. 1 pkt 5, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 188j. 1. Prezes Urzędu Nadzoru może żądać pisemnie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy przez Radę Funduszu, Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, radę oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektorów oddziałów

wojewódzkich Funduszu, jeżeli uzna to za konieczne do prawidłowego sprawowania nadzoru nad działalnością Funduszu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, Prezes Urzędu Nadzoru bierze udział albo deleguje swojego przedstawiciela do udziału w posiedzeniu podmiotów, o których mowa w ust. 1, Prezes Urzędu Nadzoru albo jego przedstawiciel jest uprawniony do zabierania głosu w sprawach objętych porządkiem obrad tych podmiotów.

3. Prezes Urzędu Nadzoru może wystąpić z pisemnym żądaniem, o którym mowa w ust. 1, określając termin, przed którego upływem posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, powinno się odbyć.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane niezwłocznie poinformować Prezesa Urzędu Nadzoru o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia.

5. Jeżeli w ciągu 7 dni od dnia doręczenia wezwania termin posiedzenia nie zostanie ustalony, zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub Prezes Urzędu Nadzoru nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, Prezes Urzędu Nadzoru może zwołać posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, na koszt Funduszu.

Art. 188k. 1. W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 188c pkt 1 lit. c, stwierdzonych nieprawidłowości, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

2. W razie nieusunięcia przez aptekę w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 188l. 1. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 188g ust. 1 pkt 1-4, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 188c pkt 1 lit. c, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.



2. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 188g ust. 1 pkt 5, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez aptekę Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 188l. W przypadkach określonych w art. 188j ust. 1 i art. 188k, Prezes Urzędu Nadzoru może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 188c pkt 1 lit. c.

Art. 188m. 1. Prezes Urzędu Nadzoru może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:

- 1) działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub z interesem świadczeniobiorców;
- 2) świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
- 3) podmiotów, o których mowa w art. 188c pkt 1 lit. c, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem;
- 4) aptek, w zakresie refundacji leków.

2. Przy przeprowadzaniu kontroli Prezes Urzędu Nadzoru może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. Przepisy art. 64 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

3. Prezes Urzędu Nadzoru w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli, zwaną dalej "kontrolerem".

4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

5. Kontrolerzy, w zakresie ustalonym w upoważnieniu Prezesa Urzędu Nadzoru, mają prawo do:

- 1) wstępu do wszystkich pomieszczeń kontrolowanego podmiotu;
- 2) swobodnego dostępu do:

- a) oddzielnego pomieszczenia biurowego, przeznaczonego wyłącznie na potrzeby wykonywania zadań przez kontrolera,
- b) środków łączności;
- 3) wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów;
- 4) wglądu do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii lub wyciągów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;
- 5) żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;
- 6) żądania przekazania niezbędnych danych lub sporządzenia zestawień danych, w tym w formie elektronicznej;
- 7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.

6. Kontroler nie może być jednocześnie:

- 1) pracownikiem Funduszu;
- 2) właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) pracownikiem świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3;
- 5) osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;
- 6) członkiem organów lub pracownikiem podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej;
- 7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

7. Kontroler podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy, jeżeli:

- 1) pozostaje z jednostką kontrolowaną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki;
- 2) kontrola dotyczy jego małżonka lub krewnych i powinowatych do drugiego stopnia;

3) kontrola dotyczy osoby związanej z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

8. Powody wyłączenia, o których mowa w ust. 7, trwają także po ustaniu uzasadniającego je małżeństwa, przysposobienia, opieki i kurateli.

9. Niezależnie od przyczyn wymienionych w ust. 7, Prezes Urzędu Nadzoru wyłącza kontrolera na jego żądanie lub na wniosek jednostki kontrolowanej, jeżeli między nim a jednostką kontrolowaną zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do bezstronności kontrolera.

10. Wyłączony kontroler powinien podejmować tylko czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes jednostki kontrolowanej.

Art. 188n. 1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontroler przedstawia w protokole kontroli.

2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.

3. Protokół kontroli podpisują kontroler i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego nieobecności - osoba przez niego upoważniona.

Art. 188o. 1. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń, co do ustaleń zawartych w protokole.

2. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

3. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1, kontroler jest obowiązany dokonać ich analizy i w miarę potrzeby podjąć dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń - zmienić lub uzupełnić odpowiednią część protokołu kontroli.

4. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 188p. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może w terminie 7 dni od dnia otrzymania stanowiska, o którym mowa

w art. 188n ust. 4, zgłosić na piśmie umotywowane zastrzeżenia do Prezesa Urzędu Nadzoru.

2. Prezes Urzędu Nadzoru rozpatruje niezwłocznie zastrzeżenia i doręcza informację o ich rozpatrzeniu, wraz z uzasadnieniem, zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 188r. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając w terminie 7 dni od jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

2. W razie zgłoszenia zastrzeżeń termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania ostatecznej decyzji w sprawie rozpatrzenia tych zastrzeżeń.

3. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.

4. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez osobę wymienioną w ust. 1, nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 188s. 1. Prezes Urzędu Nadzoru sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.

2. Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności jednostki kontrolowanej do przepisów prawa.

3. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania Prezesa Urzędu Nadzoru o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 188f-188k stosuje się odpowiednio.

Art. 188t. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do Prezesa Urzędu Nadzoru od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.

2. Prezes Urzędu Nadzoru rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.

3. Stanowisko Prezesa Urzędu Nadzoru jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 188u. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 188w. 1. Do postępowania przed Prezesem Urzędu Nadzoru w zakresie nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach, o których mowa w art. 188c pkt 2, art. 188d, art. 188d ust. 3, art. 188g, art. 188j i 188k, Prezes Urzędu Nadzoru wydaje decyzje administracyjne.

Art. 188z. 1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 188g, 188j i 188k, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy Prezes Urzędu Nadzoru jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

3. Od decyzji w sprawie kar pieniężnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 188za. Od decyzji administracyjnych, o których mowa w niniejszym dziale, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 188zb. Prezes Urzędu Nadzoru powiadamia podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 188zc. Osoby wykonujące w imieniu Prezesa Urzędu Nadzoru czynności nadzoru nad Funduszem nie mogą:

- 1) być członkami organów Funduszu;
- 2) być pracownikami Funduszu;

- 3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 4) być świadczeniodawcami, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 188c pkt 1 lit. c, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 188zd. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie Prezesowi Urzędu Nadzoru, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.

2. Prezes Urzędu Nadzoru przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.”.

**Art. 18.** W ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz. U. Nr 157, poz. 1119, z późn zm.):

1) art. 3 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Komisja jest organem właściwym w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym z zastrzeżeniem ust. 2a.

2a. W sprawach nadzoru nad rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych, określonym w ustawie z dnia     w sprawie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr     ,poz.     ) organem właściwym jest Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

2) art. 4 ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) sprawowanie nadzoru nad rynkiem finansowym określonego w art. 1 ust. 2, z zastrzeżeniem art. 3 ust. 2a”.

**Art. 19.** 1. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmie działania zmierzające do powołania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, w szczególności utworzy, w drodze zarządzenia, Biuro do spraw powołania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

2. Pracownicy Biura do spraw powołania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych stają się z dniem wejścia w życie ustawy pracownikami Urzędu Nadzoru.

**Art. 20.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., z wyjątkiem art. 19, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

## Uzasadnienie

Obecnie funkcjonujący w Polsce system ubezpieczenia zdrowotnego oparty jest na zasadach powszechności i obowiązkowości. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego powszechność stanowią wyraz zasady wyrażonej w art. 2 Konstytucji RP, który stanowi że Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym urzeczywistniającym zasady solidarności społecznej. Projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych wprowadza do systemu ubezpieczeń zdrowotnych możliwość zawierania umów ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, a więc zawarcia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego na zasadzie dobrowolności. Wprowadzane przepisy mają na celu:

1. poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej
2. wprowadzenie innych, obok Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), płatników świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie stworzenie świadczeniodawcom alternatywnych źródeł finansowania tych świadczeń oraz zapewnienie im większych możliwości finansowania rzadkich kwalifikacji,
3. zwiększenie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
4. wprowadzenie mechanizmów ekonomicznych motywujących świadczeniodawców do podnoszenia poziomu jakości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie umowy zawartej z ubezpieczycielem ubezpieczony będzie mógł korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w umowie. Ubezpieczony będzie mógł korzystać z:

- 1) gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie,
- 2) częściowo gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) niegwarantowanych świadczenia opieki zdrowotnej

- w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.<sup>3)</sup>), z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących. Ustawa przewiduje w ramach ubezpieczeń dobrowolnych:



1) suplementarne ubezpieczenie zdrowotne – dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń zapewnia ubezpieczonemu dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie;

2) komplementarne ubezpieczenie zdrowotne - dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń zapewnia ubezpieczonemu dostęp do niegwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub sfinansowanie części kosztów świadczeń częściowo gwarantowanych, na zasadach określonych w ustawie.

Zgodnie z powyższym posiadając ubezpieczenie suplementarne ubezpieczony będzie mógł korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (gwarantowanych), czyli tych które przysługują w ramach powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże, aby móc skorzystać z tych świadczeń w ramach ubezpieczenia dobrowolnego ubezpieczony musi zrezygnować z korzystania z nich w ramach ubezpieczenia obowiązkowego. Dlatego też osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z zakładem ubezpieczeń umowy suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego przed rozpoczęciem udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, musi wskazać świadczeniodawcy, w ramach którego ubezpieczenia będzie udzielane świadczenie. Natomiast w ramach ubezpieczenia komplementarnego ubezpieczony będzie miał prawo do korzystania ze świadczeń które nie są finansowane w ramach powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i tych które są tylko w części finansowane w jego ramach.

Zgodnie z projektem zawarcie umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie będzie naruszać przepisów dotyczących obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego określonego w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa określa również zadania dla zakładów ubezpieczeń związane z przekazywaniem danych osobowych ubezpieczonych i informacji o wpływach ze składek ubezpieczeniowych oraz informacji dotyczące realizowanych świadczeń do NFZ w celu monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykonywania kontroli u świadczeniodawców na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ubezpieczający będzie mógł zawrzeć umowę dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z wybranym przez siebie zakładem ubezpieczeń wykonującym działalność ubezpieczeniową w zakresie tego ubezpieczenia.

Umowę dodatkowego będzie zawierać się na czas nie krótszy niż 12 miesięcy. Zakład ubezpieczeń nie wcześniej niż na 2 miesiące i nie później niż na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego została zawarta, powiadamia na piśmie ubezpieczonego o zbliżającym się terminie wygaśnięcia umowy. Jeżeli ubezpieczony, nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu, na który umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego została zawarta, nie powiadomi zakładu ubezpieczeń na piśmie o wypowiedzeniu umowy, uważa się, iż została zawarta następna umowa na taki sam okres.

Umowa ulegnie rozwiązaniu, jeżeli w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia ubezpieczony nie opłaci miesięcznej składki ubezpieczeniowej lub kwota zadłużenia z tytułu poprzedniej umowy dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego przekracza kwotę stanowiącą równowartość składek z okresu kwartału.

Według projektowanej ustawy w celu zapewnienia skutecznego nadzoru nad dodatkowymi dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi skład Komisji Nadzoru Finansowego został rozszerzony o Ministra Zdrowia albo o jego przedstawiciela.

Ustawa stwarza pracodawcy możliwości dopłaty do dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. W przypadku podjęcia przez pracodawcę decyzji o przeznaczeniu określonej części tych środków na ww. cel, znacznie zmniejszą się wydatki ubezpieczonego na składkę ubezpieczeniową. Wprowadzenie tych przepisów stanowi zachętę do zawierania umów dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (zmiana w ustawie z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 1996 r. Nr. 70, poz. 335, z późn. zm.).

W związku z wprowadzeniem nowych (obok obowiązkowych) ubezpieczeń zdrowotnych, projekt zakłada także powołanie nowej jednostki – Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który będzie właściwy w sprawach nadzoru nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz działalnością ubezpieczeniową zakładów ubezpieczeń w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Nadzór nad działalnością Urzędu Nadzoru sprawować będzie Prezes Rady Ministrów.

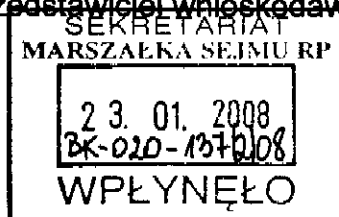
Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Warszawa, dnia 23 stycznia 2008 r.

Joanna Mucha

Posel na Sejm RP

Przedstawiciel wnioskodawców



Szanowny Pan

Bronisław Komorowski

Marszałek Sejmu RP

### UZUPEŁNIENIE BRAKÓW UZASADNIENIA PROJEKTU USTAWY

W odpowiedzi na pismo Pana Marszałka z dnia 23 stycznia 2008 r., działając jako przedstawiciel wnioskodawców projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, złożonego w dniu 18 stycznia 2008 r., uzupełniam uzasadnienie projektu ustawy w ten sposób, że po zdaniu „Nadzór nad działalnością Urzędu Nadzoru sprawować będzie Prezes Rady Ministrów.” dodaje się zdania:

„Jednym kosztem dla budżetu państwa związanym z wejściem w życie projektowanej ustawy będzie koszt utworzenia i funkcjonowania Urzędu Nadzoru Ubezpieczenia Zdrowotnego. Koszty utworzenia i funkcjonowania Urzędu Nadzoru Ubezpieczenia Zdrowotnego w pierwszym roku jego funkcjonowania mogą kształtować się na poziomie około 12,83 mln zł, natomiast w następnych latach około 11,78 mln zł. Powyższa kwota będzie obciążeniem dla budżetu państwa.”

Z poważaniem,

*Joanna Mucha*

Warszawa, 29 luty 2008 r.

Joanna Mucha

Posel na Sejm RP

Przedstawiciel wnioskodawców

SEKRETARIAT  
MARSZAŁKA SEJMU RP  
WFLYNEŁO

04. 03. 2008

BK-020-137(5)08

Szanowny Pan  
**Bronisław Komorowski**  
Marszałek Sejmu RP

*Szanowny Panie Marszałku,*

W imieniu wnioskodawców składam autopoprawkę do projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych:

W art. 15 w pkt 2 projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych skreśla się **lit. b.**

Z poważaniem,

*Joanna Mucha*

## UZASADNIENIE

W związku z opinią prawną Biura Analiz Sejmowych dotyczącą zgodności projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych z Konstytucją RP, wnosimy o skreślenie w art. 15 w pkt 2 lit. b, co zapewni zgodność tego przepisu z Konstytucją RP w zakresie jakim ogranicza on prawo do korzystania ze świadczeń i usług finansowych z funduszu świadczeń socjalnych na terenie kraju.

Warszawa, 29 stycznia 2008 r.

BAS-WAEM-141/08

Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia prawna**  
**w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu**  
**ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych**  
**(przedstawiciel wnioskodawców: poseł Joanna Mucha)**

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. - Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (M.P. z 2002 r. Nr 23, poz. 398, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

**I. Przedmiot projektu ustawy**

Przedstawiony projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych ma na celu uregulowanie zasad wykonywania działalności ubezpieczeniowej oraz zawierania i wykonywania umów w zakresie dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a także zasad sprawowania nadzoru nad prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto projekt przewiduje zmiany w ustawie z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym oraz w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmiany w ostatniej z wymienionych ustaw polegają m.in. na uchyleniu działu dotyczącego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia i dodaniu nowego działu dotyczącego nadzoru. W ramach tych zmian miałyby zostać powołany Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Proponowana ustawa ma wejść w życie 1 stycznia 2009 r., z wyjątkiem przepisu upoważniającego Ministra Zdrowia do podjęcia działań przygotowujących powołanie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który miałby wejść w życie z dniem ogłoszenia ustawy.

## **II. Stan prawa wspólnotowego w materii objętej projektem ustawy**

Ze względu na przedmiot projektu ustawy należy wskazać:

- art. 49 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE),
- art. 39 TWE,

- art. 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1612/68 z dnia 15 października 1968 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty (Dz. Urz. WE L 257 z 19.10.1968 r., str. 2, ze zmianami, Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 15, ze zmianami).

## **III. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa wspólnotowego**

**a)** Przepis art. 49 TWE normuje zasadę swobody przepływu usług. Doprecyzowanie zasady swobodnego świadczenia usług w odniesieniu do usług z zakresu ubezpieczeń zostało unormowane w szczególności w dyrektywie Rady 92/49/WE z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniającej dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie).

Przewidywane w projekcie ustawy zasady prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych nie są sprzeczne z przywołaną dyrektywą.

**b)** Projekt (art. 15 projektu, w zakresie w jakim dotyczy art. 8 ust. 2a ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych) zakłada możliwość finansowania przez pracodawcę usług i świadczeń na rzecz dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wyłącznie jeżeli są świadczone na terenie kraju.

Prawo wspólnotowe zapewnia swobodę przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty, obejmującą zniesienie dyskryminacji ze względu na przynależność państwową między pracownikami państw członkowskich w zakresie zatrudnienia, wynagrodzenia i innych warunków pracy (art. 39 ust. 1 i 2 TWE) W motywie preambuły do rozporządzenia Rady (WE) nr 1612/68 stwierdza się, że prawo swobodnego przepływu pracowników wymaga zapewnienia faktycznej i prawnej równości traktowania we wszystkich sprawach związanych z prowadzeniem przez nich działalności w charakterze pracowników najemnych. Zgodnie z art. 7 ust. 1 i 2 tego rozporządzenia pracownik, będący obywatelem państwa członkowskiego, nie może być traktowany odmiennie niż pracownicy krajowi pod względem warunków zatrudnienia i pracy; korzysta on z takich samych przywilejów socjalnych i podatkowych jak pracownicy krajowi.



Prawo do korzystania z usług i świadczeń finansowanych przez pracodawcę, o których mowa w zmienianej ustawie, można uznać za przywilej socjalny w rozumieniu art. 7 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 1612/68. Oznacza to, że zgodnie z tym przepisem pracownicy migrujący z innych państw członkowskich powinni korzystać w przyjmującym państwie członkowskim z tego przywileju na tych samych warunkach jak pracownicy krajowi.

Przepisy proponowanej ustawy – tak jak obecne przepisy ustawy zmienianej – mają zastosowanie niezależnie od przynależności państwowej pracowników, których dotyczą. Należy jednak zauważyć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich (TS) zasada równego traktowania ustanowiona zarówno w art. 39 TWE, jak i art. 7 rozporządzenia (WE) nr 1612/68 zabrania nie tylko jawnej dyskryminacji ze względu na przynależność państwową, ale również wszelkich ukrytych form dyskryminacji, które poprzez stosowanie innych kryteriów rozróżniających powodują de facto ten sam skutek<sup>1</sup>. Z orzecznictwa TS wynika, że o ile przepis prawa krajowego nie jest obiektywnie uzasadniony i nie jest proporcjonalny do realizowanego celu, to należy go uznać za pośrednio dyskryminujący od momentu, w którym można uznać, że ze swej natury dotyka on większej liczby pracowników migrujących niż pracowników krajowych i że w konsekwencji istnieje ryzyko mniej korzystnego traktowania tych pierwszych<sup>2</sup>. Pośrednio dyskryminujące są m.in. warunki prawa krajowego, które wprowadzie stosuje się niezależnie od przynależności państwowej, jednak zasadniczo albo w przeważającym stopniu dotyczą pracowników migrujących, jak również warunki, które mogą w szczególności pogorszyć sytuację pracowników migrujących. Zdaniem TS nie jest przy tym konieczne ustalenie, że dany przepis dotyka w praktyce znacznie większego odsetka pracowników migrujących; wystarczy stwierdzenie, że przepis ten może taki skutek wywoływać<sup>3</sup>. Co więcej, powody dla których pracownik migrujący decyduje się skorzystać ze swobody przepływu we Wspólnocie nie powinny być brane pod uwagę przy dokonywaniu oceny, czy przepis krajowy ma charakter dyskryminujący. TS

---

<sup>1</sup> Tak. m.in. w wyrokach Trybunału z 12 lutego 1974 r. w sprawie *Sotgiu p. Deutsche Bundespost*, 152/73, Zbiory Orzecznictwa TE 1974, str. 153, pkt 11, z 21 listopada 1991 r. sprawie *URSSAF p. Le Manoir*, C-27/91, Zbiory Orzecznictwa TE 1991, str. I-5531, pkt 10, z 10 marca 1993 r. w sprawie *Komisja WE p. Wielkiemu Księstwu Luksemburga*, C-111/91, Zbiory Orzecznictwa TE 1993, str. I-817, pkt 9, z 23 lutego 1994 r. w sprawie *Scholz v Opera Universitaria di Cagliari*, C-419/92, Zbiory Orzecznictwa TE 1994, str. I-505, pkt 7, z 23 maja 1996 r. sprawie *John O'Flynn p. Adjudication Officer*, C-237/94, ECR 1996, str. I-2617, pkt 17 oraz z 18 lipca 2007 r. sprawie *Wendy Geven p. Land Nordrhein-Westfalen*, C-213/05, Zbiory Orzecznictwa TE 2007 (niepubl.), pkt 18.

<sup>2</sup> Wyroki Trybunału z 23 maja 1996 r. w sprawie *John O'Flynn*, C-237/94, Zbiory Orzecznictwa TE 1996, str. I-2617, pkt 20, wyrok Trybunału z 27 listopada 1997 r. w sprawie *H. Meints p. Minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij*, C-57/96, ECR 1997, str. I-6689, pkt 45, oraz z 18 lipca 2007 r. sprawie *Wendy Geven p. Land Nordrhein-Westfalen*, C-213/05, Zbiory Orzecznictwa TE 2007 (niepubl.), pkt 19.

<sup>3</sup> Wyroki Trybunału z 23 maja 1996 r. sprawie *O'Flynn*, C-237/94, Zbiory Orzecznictwa TE 1996, str. I-2617, pkt 21, z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie *Öztürk*, C-373/02, Zbiory Orzecznictwa TE 2004, str. I-3605, pkt 57, oraz z 18 stycznia 2007 r. w sprawie *Aldo Celozzi p. Innungskrankenkasse Baden-Württemberg*, C-332/05, Zbiory Orzecznictwa TE 2007 (niepubl.), pkt 27.

uznał tego rodzaju rozważania za czysto subiektywne i stwierdził, że nie mogą one ograniczać możliwości wykonywania tak podstawowej swobody, jaką jest swoboda przepływu osób<sup>4</sup>.

Z dotychczasowego orzecznictwa TS wynika, że przepisy obecnej ustawy – w zakresie, w jakim uniemożliwiają pracownikom skorzystanie z usług świadczonych przez pracodawcę na rzecz różnych form wypoczynku, działalności kulturalno-oświatowej i sportowo-rekreacyjnej, jeśli są one świadczone poza terytorium kraju – mogłyby zostać uznane za pośrednio dyskryminujące pracowników migrujących z innych państw członkowskich. Taka sama konkluzje można odnieść także do projektowanego nowego brzmienia przepisu art. 8 ust. 2a ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, w zakresie, w którym dotyczy dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Ze względu na związki łączące ich na ogół z państwem pochodzenia, pracownicy migrujący mogą być bowiem bardziej zainteresowani niż pracownicy krajowi korzystaniem z usług świadczonych za granicą. Zawężenie możliwości sfinansowania przez pracodawcę usług do świadczonych wyłącznie na terytorium Polski stanowi więc warunek, który może w szczególności pogarszać sytuację tej kategorii pracowników. Ponadto ogranicza on możliwość wykonywania podstawowej swobody przepływu osób, lub co najmniej może do tego zniechęcać.

c) Na marginesie należy podnieść także wątpliwość dotyczącą zgodności z Konstytucją proponowanego nowego brzmienia art. 8 ust. 2a ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych. Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z dnia 28 marca 2007 r. (sygn. akt K 40/04; Dz. U. Nr 69, poz. 467 i poz. 469), stwierdził niezgodność z Konstytucją RP przepisów art. 2 pkt 1 oraz art. 8 ust. 2a ustawy zmienianej „w zakresie, w jakim przepisy te uniemożliwiają pracownikom skorzystanie z usług świadczonych przez pracodawcę na rzecz różnych form wypoczynku, działalności kulturalno-oświatowej i sportowo-rekreacyjnej, jeśli są one świadczone poza terenem kraju”.

#### **IV. Konkluzja**

Przepis art. 15 poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, w zakresie, w którym dotyczy art. 8 ust. 2a ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, jest – niezależnie od podniesionych w punkcie IIIc) niniejszej opinii wątpliwości natury konstytucyjnej – niezgodny z prawem Unii Europejskiej, ze względu na ograniczenie możliwości finansowania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych usług i świadczeń w zakresie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych do usług i świadczeń świadczonych wyłącznie na terenie kraju.

---

<sup>4</sup> Wyrok Trybunału z 23 maja 1996 r. sprawie *O'Flynn*, C-237/94, Zbiory Orzecznictwa TE 1996, str. I-2617, pkt 21.

W pozostałym zakresie projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

*Sporządził: Zespół Prawa Europejskiego*

*Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych*

*Michał Królikowski*

Warszawa, 29 stycznia 2008 r.

Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia prawna**  
**dotycząca możliwości uznania przedstawionego poselskiego projektu**  
**ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych**  
**(przedstawiciel wnioskodawców: poseł Joanna Mucha) za projekt ustawy**  
**wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a ust. 1**  
**Regulaminu Sejmu**

Stosownie do art. 95a ust. 1 Regulaminu Sejmu, projektem ustawy wykonującym prawo Unii Europejskiej jest projekt ustawy mający na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

Przedstawiony projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych ma na celu uregulowanie zasad wykonywania działalności ubezpieczeniowej oraz zawierania i wykonywania umów w zakresie dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a także zasad sprawowania nadzoru nad prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto projekt przewiduje zmiany w ustawie z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym oraz w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmiany w ostatniej z wymienionych ustaw polegają m.in. na uchyleniu działu dotyczącego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia i dodaniu nowego działu dotyczącego nadzoru. W ramach tych zmian miałyby zostać powołany Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Ponieważ opiniowany projekt ustawy nie wykonuje żadnego przepisu prawa Unii Europejskiej, nie ma podstaw, by uznać go, w trybie art. 95a ust. 3 Regulaminu Sejmu, za projekt ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej

*Opracował: Zespół Prawa Europejskiego*

*Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych*

*Michał Królikowski*

## **II. Stan prawa wspólnotowego w materii objętej projektem ustawy**

Ze względu na przedmiot projektu ustawy należy wskazać art. 49 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE),

## **III. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa wspólnotowego**

Przepis art. 49 TWE normuje zasadę swobody przepływu usług. Doprecyzowanie zasady swobodnego świadczenia usług w odniesieniu do usług z zakresu ubezpieczeń zostało unormowane w szczególności w dyrektywie Rady 92/49/WE z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniającej dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie).

Przewidywane w projekcie ustawy zasady prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych nie są sprzeczne z przywołaną dyrektywą.

## **IV. Konkluzja**

Poselski projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

*Sporządził: Zespół Prawa Europejskiego*

*Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych*

*Michał Królikowski*

Warszawa, 5 marca 2008 r.

BAS-WAEM-579/08

Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

### **Opinia prawna**

**w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, w wersji uwzględniającej autopoprawkę (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Joanna Mucha)**

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. - Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (M.P. z 2002 r. Nr 23, poz. 398, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

#### **I. Przedmiot projektu ustawy**

Przedstawiony projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych ma na celu uregulowanie zasad wykonywania działalności ubezpieczeniowej oraz zawierania i wykonywania umów w zakresie dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a także zasad sprawowania nadzoru nad prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto projekt przewiduje zmiany w ustawie z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym oraz w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmiany w ostatniej z wymienionych ustaw polegają m.in. na uchyleniu działu dotyczącego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia i dodaniu nowego działu dotyczącego nadzoru. W ramach tych zmian miałyby zostać powołany Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Proponowana ustawa ma wejść w życie 1 stycznia 2009 r., z wyjątkiem przepisu upoważniającego Ministra Zdrowia do podjęcia działań przygotowujących powołanie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który miałyby wejść w życie z dniem ogłoszenia ustawy.

## **II. Stan prawa wspólnotowego w materii objętej projektem ustawy**

Ze względu na przedmiot projektu ustawy należy wskazać art. 49 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE),

## **III. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa wspólnotowego**

Przepis art. 49 TWE normuje zasadę swobody przepływu usług. Doprecyzowanie zasady swobodnego świadczenia usług w odniesieniu do usług z zakresu ubezpieczeń zostało unormowane w szczególności w dyrektywie Rady 92/49/WE z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniającej dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie).

Przewidywane w projekcie ustawy zasady prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych nie są sprzeczne z przywołaną dyrektywą.

## **IV. Konkluzja**

Poselski projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

*Sporządził: Zespół Prawa Europejskiego*

*Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych*

*Michał Królikowski*

Warszawa, 5 marca 2008 r.

Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia prawna**  
**dotycząca możliwości uznania przedstawionego poselskiego projektu**  
**ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, w**  
**wersji uwzględniającej autopoprawkę, (przedstawiciel wnioskodawców:**  
**poseł Joanna Mucha) za projekt ustawy wykonującej prawo Unii**  
**Europejskiej w rozumieniu art. 95a ust. 1 Regulaminu Sejmu**

Stosownie do art. 95a ust. 1 Regulaminu Sejmu, projektem ustawy wykonującym prawo Unii Europejskiej jest projekt ustawy mający na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

Przedstawiony projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych ma na celu uregulowanie zasad wykonywania działalności ubezpieczeniowej oraz zawierania i wykonywania umów w zakresie dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a także zasad sprawowania nadzoru nad prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto projekt przewiduje zmiany w ustawie z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym oraz w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmiany w ostatniej z wymienionych ustaw polegają m.in. na uchyleniu działu dotyczącego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia i dodaniu nowego działu dotyczącego nadzoru. W ramach tych zmian miałyby zostać powołany Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Ponieważ opiniowany projekt ustawy nie wykonuje żadnego przepisu prawa Unii Europejskiej, nie ma podstaw, by uznać go, w trybie art. 95a ust. 3 Regulaminu Sejmu, za projekt ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.

*Opracował: Zespół Prawa Europejskiego*

*Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych*

*Michał Królikowski*





## POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

PIU 429/08

Warszawa, dn. 6 lutego 2008

**Pan  
Lech Czapla  
Zastępca Szefa  
Kancelarii Sejmu**

Szanowny Panie,

W nawiązaniu do pisma **PS-28/08 z 23 stycznia 2008 r.** przesyłamy opinię Polskiej Izby Ubezpieczeń odnośnie **projektu ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.**

Polska Izba Ubezpieczeń z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę ustawodawczą odnoszącą się do dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, które obecnie stanowią w Polsce - w przeciwieństwie do wielu krajów rozwiniętych -- wciąż tylko marginalne źródło finansowania systemu ochrony zdrowia. Wiele doświadczeń międzynarodowych oraz ostatnich badań przeprowadzanych w Polsce wskazuje, że potencjał tego typu ubezpieczeń jest ogromny, a odpowiednie ich zdefiniowanie i umiejscowienie w systemie warunkiem sukcesu.

Przedstawiony do konsultacji PIU, poselski projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych jest krokiem w dobrą stronę stawiającym na porządku dziennym kwestię ubezpieczeń zdrowotnych, ale naszym zdaniem wymagający pewnych modyfikacji.

Projekt definiuje dwa typy ubezpieczenia: suplementarne i komplementarne.

Proponowane ubezpieczenia suplementarne w ogólnym zarysie nie różnią się wiele od oferowanych już obecnie ubezpieczeń zdrowotnych, które dotychczas spotkały się z akceptacją około 250 tysięcy Polaków.

Według projektodawców zapewniają one opiekę zdrowotną w ramach, a jednocześnie niejako obok systemu publicznego, nie zwalniając jednocześnie dobrowolnie ubezpieczonego z opłacania składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i tym samym ponoszenia wydatków na jego utrzymanie. Zdaniem Izby taki rodzaj ubezpieczeń dobrowolnych może się rozwijać niezależnie od kształtu finansowania systemu publicznego, co więcej, taka sytuacja ma miejsce w Polsce już teraz. Jediną różnicą jest to, że projekt poselski zakłada, że w przypadku podjęcia

**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L.dz. ....07.03.2008..... 00-684 Warszawa, ul. Wspólna 47/49

Data wpływu .....tel. 022.420.51 05/06, fax 022 420 51 07, e-mail: office@piu.org.pl

decyzji przez pacjenta o finansowaniu danego świadczenia nie ze środków pochodzących na jego leczenie z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc środków publicznych, ale z polisy ubezpieczenia dobrowolnego, ma nastąpić formalne zrzeczenie się prawa do korzystania ze świadczenia finansowanego ze środków publicznych. Dzisiaj się tak nie dzieje, ale skutek finansowy dla systemu jest taki sam. Za dane świadczenie płaci zakład ubezpieczeń, w którym pacjent jest ubezpieczony, a niewykorzystane środki publiczne pozostają w NFZ.

Z projektu wynika, że ubezpieczenia suplementarne miałyby gwarantować dostęp do kompleksowej opieki medycznej, dając ubezpieczonemu wybór w momencie udzielania świadczenia. Poza potencjalnymi komplikacjami wynikającymi z tak nieprecyzyjnie opisanej możliwości wyboru, PIU uważa, że z uwagi na konieczność indywidualnej oceny ryzyka każdego potencjalnego ubezpieczonego, z których duża część, to osoby chore i świadome swoich potrzeb dotyczących leczenia, koszt takiego ubezpieczenia byłby na tyle wysoki, że nieatrakcyjny dla klientów, nawet tych bardziej zamożnych. W wielu przypadkach przekraczałby jednostkowo ponoszony koszt konkretnego świadczenia, którym zainteresowany jest potencjalny ubezpieczony. Dlatego doświadczenie i praktyka wskazują na to, że ludzie w takich sytuacjach wolą płacić w formie "out-of-pocket" za pojedyncze procedury (lub niestety korzystać z nieformalnych możliwości, jak ma to miejsce obecnie), niż ponosić koszty tak zdefiniowanego ubezpieczenia. Ubezpieczenie takie to de facto ubezpieczenie od źle funkcjonującego systemu publicznego. Obecna skala ich rozwoju i badania rynku nie wskazują, że akceptacja dla ubezpieczeń suplementarnych zgodnie z definicją z projektu ustawy miałyby być duża. Zatem zdaniem Izby skutki finansowe z ich wprowadzenia dla systemu nie będą znaczące. Uważamy, że w praktyce tak pojmowane ubezpieczenia nie powstaną na szeroką skalę – nie będzie na nie popytu, więc racjonalnie działający biznes nie będzie tworzył oferty. Podwójne opłacanie dostępu do świadczeń, za które już raz się zapłaciło nie jest racjonalne i dlatego nie zyska szerokiej akceptacji.

Zauważamy również, że projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych nie zawiera szacunków finansowych dotyczących skutków wprowadzenia zarówno, suplementarnych, jak i komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenia komplementarne z kolei nie mają racji bytu w obecnej rzeczywistości z powodu braku jasno określonego koszyka świadczeń gwarantowanych oraz całkowitego braku standardów wykonywania świadczeń zdrowotnych. Niedawna prezentacja Agencji Oceny Technologii Medycznych przedstawiona podczas posiedzenia jednego z zespołów roboczych Białego Szczytu, świadczy o tym, że proces ten jest w początkowej fazie, a wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych już od 1 stycznia 2009 roku, jak zakłada projekt opiniowanej ustawy, nie będzie możliwe. Jasne i jednoznaczne zdefiniowanie koszyka, a dla firm ubezpieczeniowych przede wszystkim tego, co z niego będzie wynikać tj. procentowa lub ryczałtowa współpłatność oraz ceny referencyjne świadczeń, winny być znane, z co najmniej 6-9 miesięcznym wyprzedzeniem w stosunku do daty ich wejścia w życie. W przeciwnym razie nie będzie możliwe ze strony firm ubezpieczeniowych przygotowanie na czas oferty ubezpieczeniowej i systemów niezbędnych do ich obsługi. Brak oferty ubezpieczeń komplementarnych spowoduje konieczność opłacania świadczeń gwarantowanych częściowo i niegwarantowanych z kieszeni pacjentów, co może wywołać szereg napięć społecznych.

Należy również zaznaczyć, że wprowadzenie koszyków świadczeń gwarantowanych, częściowo gwarantowanych i niegwarantowanych tworzy naturalny obszar dla funkcjonowania dobrowolnych ubezpieczeń o charakterze uzupełniającym (komplementarnych zgodnie z nazewnictwem projektu ustawy). Uważamy, że przy ogłoszeniu całego pakietu koszyków świadczeń, o których mowa powyżej jesienią 2008 roku, niemożliwe będzie (z przyczyn organizacyjno – technicznych) wprowadzenie do oferty jakichkolwiek ubezpieczeń opartych o definicje procedur w koszykach i pozakoszykowych już od 1 stycznia 2009.

Z racji powyższych zastrzeżeń do fundamentów proponowanej koncepcji, nie będziemy odnosić się do szczegółowych zapisów poszczególnych artykułów, dotyczących np:

- nadania NFZ roli nadzorcy i kontrolera treści umów zawieranych przez zakłady ubezpieczeń z zakładami opieki zdrowotnej;
- dostępu NFZ oraz MZ do rejestru danych osobowych osób posiadających dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne,
- sugerowania w projekcie ustawy dyktatu cenowego świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne na zasadach komercyjnych
- zapisów, które winny się znaleźć jako zapisy nowelizacji innych ustaw jak ustawa o działalności ubezpieczeniowej, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

W związku z powyższymi uwagami zdaniem Izby wprowadzenie regulacji ustawowej musi być oparte o poważne zmodyfikowanie propozycji poselskich.

Aby ubezpieczenia dobrowolne odegrały większą rolę w finansowaniu systemu ochrony zdrowia, konieczne są dalej idące rozwiązania. Dlatego proponujemy zamienić ubezpieczenia suplementarne na substytucyjne, które będąc tylko częściowo finansowane ze składki publicznej (poprzez przekazanie z ZUS lub KRUS środków przeznaczonych na leczenie konkretnej osoby, zgodnie z jej płcią i wiekiem), zapewnią przeniesienie pełnej odpowiedzialności za kompleksową opiekę zdrowotną ubezpieczonego na prywatnego płatnika.

Polska Izba Ubezpieczeń opracowała własny projekt powszechnego wykorzystania prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu opieki zdrowotnej. Koncepcja zakłada wybór między systemem publicznym i prywatnym. Prywatni ubezpieczyciele za część składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne oraz niewysoką składkę dodatkową są gotowi wypełnić rolę płatników za świadczenia zdrowotne. W zamian za to ubezpieczony otrzymałby kompleksową opiekę zdrowotną nie mniejszą niż w Narodowym Funduszu Zdrowia. Składka dodatkowa byłaby zależna od zakresu ubezpieczenia, jednak w żadnym wariancie nie byłby on mniejszy niż w systemie publicznym.

Propozycja PIU gwarantuje, że na osoby zostające w systemie publicznym przypadłoby więcej pieniędzy, niż dotychczas. W dodatku zawiera ona elementy polityki rodzinnej, przewidując dofinansowanie z budżetu państwa dla rodzin wielodzietnych, które chciałyby się ubezpieczyć prywatnie. Zakłady pracy, w przypadku zgody pracowników, mogłyby dopłacać do składek za prywatne ubezpieczenie swoich pracowników i ich rodzin ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

W załączeniu przekazujemy projekt Polskiej Izby Ubezpieczeń pod tytułem „Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań”.

Liczymy, że propozycje zawarte w opracowaniu, jak i uwagi zgłoszone przez Polską Izbę Ubezpieczeń do poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych zostaną uwzględnione w procesie legislacyjnym.

Z wyrazami szacunku,

Dyrektor Biura  
Polskiej Izby Ubezpieczeń

  
Andrzej Maciążek

Warszawa, dnia 08 lutego 2008 r.

NL. 0220-6,7,8/2008

Pan  
Lech Czapla  
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

*Halina Paweł Jędrzejko*

W związku z otrzymanymi do opinii, przy piśmie z dnia 22 stycznia 2008 r.,  
znak: PS-28/08, projektami ustaw:

- 1) o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

uprzejmie informuję, że z punktu widzenia wykonawcy, nie zgłaszam uwag do przedłożonych projektów.

*z poleceniem*

*Sylwester Rypiński*  
Sylwester Rypiński

**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L.dz. ....

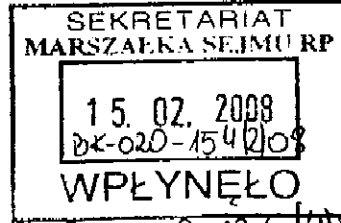
Data wpływu *11.02.08r* .....



**PREZES  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
*Konstanty Radziwiłł*

NRL/ZRP/EJ/161-21240 /2008

Warszawa, 2008.02. 11



Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

BK-020-156(4)08  
BK-020-137(4)08

*Szanowny Panie Marszałku,*

Przekazuję w załączeniu stanowiska przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską na posiedzeniu w dniu 8 lutego br. w sprawie poselskich projektów ustaw:

1. o zakładach opieki zdrowotnej,
2. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
3. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Pragnę podkreślić, iż Naczelna Rada Lekarska popiera zarówno proces przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również koncepcję dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, uznając, iż pozwoli to w niedługiej przyszłości w sposób zasadniczy zmienić sytuację w ochronie zdrowia, tj. zapewnić pacjentom jak najszerszą i najlepszą opiekę zdrowotną, a jednocześnie polepszyć sytuację finansową pracowników.

Jednakże zaproponowany tryb prac nad ww. projektami ustaw jest nie do przyjęcia. Projekty ustaw, tak istotnych z punktu widzenia obywateli, powinny być poddane jak najszerszym konsultacjom społecznym. Przyjęty tryb prac nad poselskimi projektami tego nie zapewni.

Za szerokimi konsultacjami przemawia także bardzo zła jakość merytorycznych rozwiązań i poziom legislacyjny projektów, bowiem istotą procesu uzgodnień jest uzyskanie jak najlepszej treści.

Przedstawiając powyższe uprzejmie proszę o uwzględnienie ww. stanowisk w toku dalszych prac.

**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L.dz. ....

Data wpływu ..... 15.02.08r. ....

*Z poważaniem  
Konstanty Radziwiłł*

**STANOWISKO Nr 3 /08/V  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

**z dnia 8 lutego 2008 r.**

**w sprawie projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach  
zdrowotnych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 22 stycznia 2008 r., znak: PS-28/08, z dezaprobatą przyjmuje fakt, że akt prawny o charakterze rozwiązania systemowego nie przechodzi przez rządowy proces legislacyjny, poprzedzony szerokimi konsultacjami. W znacznym stopniu ogranicza to możliwość wpływania na jego ostateczny kształt zarówno instytucjom państwowym, jak zainteresowanym organizacjom i obywatelom. Może to również doprowadzić do uchwalenia kontrowersyjnej ustawy, która już w chwili wejścia w życie będzie wymagała licznych zmian. Niezależnie od tego, Rada bardzo krytycznie ocenia merytoryczną zawartość projektu ustawy.

Naczelna Rada Lekarska potwierdza, że stworzenie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest od wielu lat postulatem samorządu lekarskiego. W wielu stanowiskach swoich najwyższych władz, samorząd wyrażał opinię o konieczności zastąpienia Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) konkurującymi ze sobą instytucjami powszechnego i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Taki rynek wymaga oczywiście regulacji zapobiegających jego wynaturzeniom oraz zabezpieczających powszechny i równy dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom. Wobec stosunkowo małej świadomości ubezpieczeniowej polskiego społeczeństwa, wymaga także zachęt finansowych ze strony państwa. Omawiany projekt tylko w niewielkim stopniu realizuje powyższe oczekiwania.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej, w celu uniknięcia chaosu i społecznych konfliktów, przed wprowadzeniem dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, niezbędne jest precyzyjne określenie „koszyków” świadczeń: gwarantowanych, częściowo gwarantowanych i niegwarantowanych, określenie gwarantowanych warunków ich udzielania (w tym standardu i czasu) oraz wprowadzenie czytelnych zasad korzystania z tych świadczeń.

Niezbędne jest również określenie w sposób jasny i przejrzysty warunków dostępności do dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz zagwarantowanie możliwości



ubezpieczenia się wszystkim zainteresowanym tym rodzajem ubezpieczeń zdrowotnych.

Omawiany projekt nie realizuje tych założeń. Pojawiają się także wątpliwości co do ryzyk, od których obywatele mieliby się dodatkowo ubezpieczać. Projekt nie opisuje gwarancji państwa w stosunku do zakresu i warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (do czego zobowiązuje ustawodawcę Konstytucja RP w art. 68 ust. 2), ani ewentualnej wysokości dopłat do świadczeń nazywanych w projekcie „częściowo gwarantowanymi”. Bez tych danych w praktyce nie sposób ocenić skali i prawdopodobieństwa powodzenia proponowanych rozwiązań.

Ponadto symboliczne możliwości łagodzenia kosztów dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń (poprzez możliwość dofinansowania ich ze środków zakładowych funduszy świadczeń socjalnych) i brak jakichkolwiek zachęt w stosunku do obywateli samozatrudnionych, pod znakiem zapytania stawia rolę państwa w upowszechnianiu społecznego zainteresowania doubezpieczaniem się. Upowszechnienie idei dodatkowych ubezpieczeń można by uzyskać przede wszystkim poprzez odpowiednie ulgi podatkowe dostępne dla wszystkich obywateli (uwzględniające także liczbę doubezpieczających się w rodzinie).

Zasadnicze wątpliwości budzi także pomysł suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, dla korzystania z którego obywatel miałby zrzekać się praw do świadczeń zagwarantowanych przez powszechne (i nadal obowiązkowe) ubezpieczenie zdrowotne (art. 3 pkt 2, art. 10 ust. 1-2, art. 17 pkt 1).

Wśród uwag szczegółowych Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na następujące przepisy:

1. Wprowadzone w art. 3 pkt 5 i 6 definicje „świadczeń częściowo gwarantowanych” i „świadczeń niegwarantowanych” odsyłają do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w której jednak brak takich definicji. Nie zaprojektowano ich również w art. 17 niniejszego projektu, który zmienia ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak tych definicji, a przede wszystkim brak wyraźnego określenia jakie świadczenia należy uznać za świadczenia gwarantowane, częściowo gwarantowane i niegwarantowane, o czym już wyżej wskazano, rodzi poważne wątpliwości, które świadczenia mają być finansowane przez NFZ, a które przez zakład ubezpieczeń.
2. Art. 8 ust. 2 stanowi, że umowa komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego może być zawarta wyłącznie ze świadczeniobiorcą, ale z kolei art. 9 mówi o zawarciu takiej umowy także z osobą inną niż świadczeniobiorca. Nie jest więc jasne, czy projektodawcom w art. 8 ust. 2 chodziło o wskazanie, że w przypadku zawarcia umowy komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego ze świadczeniobiorcą, zakład





- ubezpieczeń pokrywa jedynie część kosztów udzielonego świadczenia (co zresztą wynika z art. 8 ust. 1), czy też przepis ten ma wskazywać, że świadczeniobiorca może zawrzeć umowę komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, bez jednoczesnego zawarcia umowy suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego (który to obowiązek zdaje się wynikać z art. 9 w odniesieniu do osoby innej niż świadczeniobiorca).
3. Art. 9 niezasadnie narzuca stronom umowy ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku gdy jedną z nich jest osoba nie będąca świadczeniobiorcą, konieczność kompleksowego ubezpieczenia zdrowotnego, co narusza swobodę zawierania umów (także tańszych ubezpieczeń gwarantujących ograniczone zakresy świadczeń).
  4. Przepis art. 10 stanowiący, że świadczeniobiorca, zamierzający korzystać ze świadczenia u świadczeniodawcy posiadającego kontrakt z NFZ, miałby przed rozpoczęciem udzielania świadczenia wskazać, czy będzie ono udzielane na koszt NFZ, czy ubezpieczenia suplementarnego, niesie to poważne niebezpieczeństwo, że obywatel nie posiadający dodatkowej polisy korzystając z przysługujących mu uprawnień może stać się pacjentem drugiej kategorii.
  5. Art. 11 przewiduje dla świadczeniodawcy obowiązek przekazywania NFZ informacji o treści zawartej z zakładem ubezpieczeń umowy w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Tymczasem omawiany projekt ustawy reguluje jedynie kwestie zawierania umów w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego ze świadczeniobiorcą lub osobą, która nie jest świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast sprawa ewentualnego zawierania umów przez świadczeniodawcę z zakładem ubezpieczeń w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych nie należy do zakresu przedmiotowego projektowanej ustawy.
  6. Art. 12 wymaga doprecyzowania zakresu danych osób ubezpieczonych i trybu przekazywania tych danych do NFZ.
  7. W art. 16 pkt 1 lit. a-b sprzeciw budzą przepisy nakazujące przekazywanie danych medycznych osób doubezpieczających się zakładom ubezpieczeniowym bez zgody, a nawet poinformowania, osób, których dotyczą.
  8. W związku z art. 17 pkt 1 (dot. art. 18b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który w ust. 7 odwołuje się do standardów określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej), należy określić standardy, w tym także maksymalne okresy oczekiwania na świadczenia, należny ubezpieczonym w ramach puz.
  9. W art. 17 pkt 4 (dot. art. 188k ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) maksymalną wysokością kary nakładanej przez Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych powinna być miesięczna



wartość tej części umowy, której dotyczą nieprawidłowości (a nie wartość całej umowy).

W związku z wymienionymi uwagami, ogólnymi i szczegółowymi, Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia przedstawiony projekt i zwraca się do Marszałka Sejmu o niepodejmowanie dalszych prac nad projektem w jego obecnej formie.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się jednocześnie do Rządu RP, aby po dokonaniu odpowiednich zmian, skierował projekt ustawy w przedmiotowej sprawie do uzgodnień w trybie wskazanym w Regulaminie pracy Rady Ministrów, w tym poddał projekt konsultacjom zewnętrznym, które z uwagi na szczególną doniosłość społeczną i ekonomiczną przedmiotowego projektu są absolutnie niezbędne.

SEKRETARZ

Mariusz Janikowski

PREZES

Konstanty Radziwiłł



Warszawa 21 lutego 2008 r.

Pan  
Lech CZAPLA  
ZASTĘPCA SZEFA  
KANCELARII SEJMU

Szanowny Panie Ministrze,

W imieniu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA” uprzejmie dziękuję za przesłanie do zaopiniowania kluczowych dla sektora ochrony zdrowia poselskich projektów ustaw:

1. o zakładach opieki zdrowotnej
2. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta
3. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Jednocześnie informuję, iż po zapoznaniu się z ww. projektami Izba nie zgłasza **uwag merytorycznych do rozwiązań zaproponowanych w przekazanych ustawach**, ponieważ są one bardzo szczegółowe i bezpośrednio nie wiążą się z działalnością naszej branży.

Przy tej okazji pragnę dodać, że Izba podejmując wielokrotnie dyskusję nt. naprawy systemu opieki zdrowotnej zwracała uwagę, iż wszelkie wprowadzane zmiany muszą uwzględniać przede wszystkim pacjenta, którego szeroko rozumiane bezpieczeństwo, w każdym proponowanym rozwiązaniu musi być celem nadrzędnym.

Założenia programowe, w których mówi się o zwiększeniu dostępności obywateli do świadczeń medycznych, uszczelnianiu systemu ochrony zdrowia oraz likwidacji zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej poprzez przekształcenie szpitali w podmioty z większościowym kapitałem samorządów oceniane w kategorii postulatów w połączeniu z zaproponowanymi rozwiązaniami prawnymi inicjują szeroką dyskusję, która już sama w sobie stanowić będzie pewien postęp w porównaniu z trwającą w latach ubiegłych stagnacją. Ponadto stabilność finansowa zakładów opieki zdrowotnej – może nie bezpośrednio – ale ma ogromny wpływ na działalność całego sektora farmaceutycznego.

Sprawnie działający system opieki zdrowotnej oparty na stabilnym systemie finansowym to również ułatwiony dostęp pacjenta do leczenia farmakologicznego.  
**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L. dz. ....  
Data wpływu 25-02-2008

**IZBA GOSPODARCZA „FARMACJA POLSKA”**

Stowarzyszenie Producentów, Hurtowników i Importerów Leków

01-511 Warszawa, ul. Czarnieckiego 57, tel/fax: (0 22) 839 77 37 839 99 10, e-mail: info@farmacja-polska.pl  
BRF BANK S.A. Oddział w Warszawie, ul. Krótka 1, 00-001 Warszawa

które w konsekwencji stanowi o sukcesie udzielanego świadczenia. Rozumiejąc w pełni potrzebę uporządkowania wielu krytycznych obszarów w ochronie zdrowia pragniemy podkreślić, że odpowiedzialność Państwa za zdrowie i życie obywateli stanowi podstawę do działań, których głównym beneficjentem powinien być pacjent.

Z zadowoleniem przyjęliśmy propozycję uregulowań, które koncentrują się na ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta, nadzieję budzi również propozycja powołania instytucji Rzecznika Praw Pacjenta niezależnego od innych organów państwowych i kontrolowanego przez Sejm RP.

Z wyrazami szacunku,

W imieniu Zarządu Izby Gospodarczej  
„FARMACJA POLSKA”

  
Prezes Irena REJ



# Lewiatan

member of **BUSINESSEUROPE**

PKPP/92/KT/2008

Warszawa, 21 lutego 2008 r.

Pan Lech **CZAPLA**  
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo PS - 28 / 08, które wpłynęło do Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan przesyłamy w załączeniu opinię do projektu ustawy o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Z poważaniem,

Henryka Bochniarz  
Prezydent  
Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan

Do wiadomości:

Ewa Kopacz – Minister Zdrowia  
Michał Boni – Sekretarz Stanu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L.dz. ....

Data wpływu ..... 25.02.2008

**Opinia Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan do projektu ustawy o  
dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych**

Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan popiera rozwój rynków finansowych w Polsce, w tym i rozwój rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Uważamy jednak, że projekt ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych przedłożony do konsultacji społecznych przez Marszałka Sejmu nie zapewni rozwoju tego rynku, głównie z powodu braku określenia koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz z powodu braku określenia szczegółowych warunków zapewniania tych świadczeń. Uważamy, iż projektowane w ustawie rozwiązanie spowoduje merytorycznie nieuzasadniony wzrost wydatków publicznych na funkcjonowanie powoływanego tą ustawą nowego centralnego organu administracji państwowej, jakim w zamysle projektodawców tej ustawy miałby być Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Zdaniem PKPP Lewiatan przewidziane przez ustawodawcę zrzeczenie się prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych nie może być jedynym warunkiem uzyskania świadczenia z suplementarnego ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli warunki uzyskania świadczenia z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nie zostaną precyzyjniej określone, naturalnym będzie nakłanianie przez świadczeniodawcę osób dobrowolnie ubezpieczonych do wykonania świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczeń dodatkowych suplementarnych. Oczywistym jest również, że nawet nie nakłaniany ubezpieczony będzie chciał wykorzystać ubezpieczenie, za które płaci dodatkowo. W konsekwencji ze składki ubezpieczenia dodatkowego będzie finansowane prawie każde świadczenie opieki medycznej wykonywane na rzecz osoby ubezpieczonej dodatkowo, co spowoduje, iż składka na to ubezpieczenie będzie bardzo wysoka. Powstanie więc ekonomiczna bariera zakupu tego produktu, co w konsekwencji spowoduje, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie powstaną.

Aby skutecznie przeciwdziałać realizacji takiego scenariusza, należałoby znać rzeczywisty czas oczekiwania ubezpieczonego na wykonanie pożądanej procedury medycznej i stosownie do jego długości udostępniać usługi w ramach ubezpieczenia dodatkowego. Mamy świadomość, iż

precyzyjne dane z tego zakresu są trudne do pozyskania, jednakże są one niezbędne dla stworzenia produktu ubezpieczeniowego.

Ponadto uważamy, że choć istnienie jednego aktu prawnego, który reguluje daną kwestię (tu: kwestię dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych) ułatwiałoby funkcjonowanie takich ubezpieczeń, to niezasadnym jest tworzenie nowej ustawy, która w dużej części powieli przepisy już obowiązujące, a dla niektórych spraw jest jedynie nowelą innych ustaw.

Zwracamy uwagę, iż z uwzględnieniem uwag podanych w dalszej części opinii, treść artykułów od 3 do 16 opiniowanego projektu może być z powodzeniem przeniesiona do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i do ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym. Podkreślamy, iż gdyby z obecnej ustawy właściwe zapisy przeniesiono do: ustawy o działalności ubezpieczeniowej, do ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i do ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, to okazałoby się, iż nie ma zasadności tworzenia nowej ustawy, ponieważ w tekście, który pozostałby, powielane byłyby zapisy obecnie obowiązujące.

Co więcej, jeżeli odpowiednie artykuły z obecnego projektu aktu prawnego trafiłyby w przyszłości do jednolitych tekstów nowelizowanych ustaw, to w projekcie opiniowanym zostałyby tylko kilka artykułów.

### Uwagi szczegółowe

#### art. 1

Opiniowany projekt ustawy zawiera regulacje dotyczące znacznie szerszego zakresu spraw, aniżeli wskazane w art. 1. Zawiera też regulacje ze znacznie szerszego zakresu, aniżeli wynikałoby to z nazwy ustawy. Co więcej, zwracamy uwagę, iż regulacje dotyczące zapisów o prawie sprzedawania usług przez świadczeniodawców publicznych na rynku prywatnie opłacanym przez osoby indywidualne nie są powiązane z dobrowolnymi ubezpieczeniami.

W opiniowanym projekcie odmiennie od obecnych przepisów reguluje się zasady sprawowania nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odmiennie aniżeli ma to miejsce obecnie ustala zasady wykorzystywania zasobów przez świadczeniodawców realizujących zadania z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Tymczasem obie zmiany, w przypadku ich wejścia w życie, miałyby istotne znaczenie dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Dlatego też, zdaniem PKPP Lewiatan wskazanym byłoby uwzględnienie zarówno szerszego zakresu spraw w nazwie ustawy jak i w

zapisie art. 1, określającym przedmiot tej regulacji.

Jednakże w związku z negatywną oceną wielu zapisów tego projektu, które zamieszczone są poniżej, naszym zdaniem lepszym rozwiązaniem będzie, aby tak znaczące zmiany, jak zmiana trybu nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia (jeśli w ogóle jest ona potrzebna), czy zmiana zasad wykorzystywania zasobów świadczeniodawców mających umowę z NFZ, wprowadzone zostały nie trybem ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, lecz trybem odrębnej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i trybem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

#### art. 2

Zdaniem PKPP Lewiatan nie jest właściwe odwoływanie się do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odniesieniu do pojęć: "częściowo gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej" i "gwarantowane świadczenia", ponieważ wymieniona ustawa nie zawiera takich pojęć.

W art. 2 ust. 1 podaje się, że dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne mogłyby dotyczyć również świadczeń rzeczowych i towarzyszących w rozumieniu ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Tymczasem z treści art. 8 pośrednio wynika, że nie przewiduje się objęcia zakresem umowy ubezpieczeniowej takich świadczeń jak związane z procesem leczenia leki i wyroby medyczne, które są zaliczane do świadczeń rzeczowych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym chcemy wskazać, iż istnieje sprzeczność między art. 2 i art. 8 w opiniowanym projekcie ustawy.

#### art. 7 ust.1 pkt 2

Zdaniem PKPP Lewiatan w projekcie należy skreślić słowa: ust. 3 pkt 2, bowiem w ust. 3 nie ma punktów i przywoływanie ich jest wynikiem błędu redakcyjnego.

#### art. 8 ust.1

Domniemamy, iż w ww. artykule jest błąd. Naszym zdaniem zamiast: art. 2 ust. 3 pkt 2 projekt powinien zawierać następujący zapis: art. 2 ust. 1 pkt 2.

#### art. 8 ust. 2 oraz art. 9

Naszym zdaniem zapisy we wskazanych artykułach wymagają większej precyzji w określeniu podmiotów, z którymi można podpisać umowę. W przypadku świadczeń częściowo gwarantowanych umowa musi być podpisana ze świadczeniodawcą w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadku



świadczeń nie gwarantowanych może być podpisana z takimi świadczeniodawcami, ale może też i z innymi. Z obecnego zapisu nie wynika w sposób czytelny z kim mogłyby podpisywać umowy zakłady ubezpieczeniowe w przypadku obu rodzajów dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń.

#### art. 8 ust. 3

Zdaniem PKPP Lewiatan sformułowanie zawarte w tym artykule jest nieprecyzyjne. Mówi ono, że cenę świadczenia ustala świadczeniodawca, tymczasem cena ta będzie przedmiotem negocjacji pomiędzy usługodawcą (np. szpitalem) a ubezpieczycielem. W związku z powyższym budzącym problemy może okazać się zapis, o którym mowa w art. 8 ust. 3 stwierdzający, że cenę udzielonego ubezpieczonemu świadczenia będzie ustalał świadczeniodawca. Tego rodzaju ceny muszą być cenami umownymi między zakładem ubezpieczeń realizującym zadania z zakresu dobrowolnego ubezpieczenia a świadczeniodawcą.

#### art. 10 ust. 2

Uważamy, iż dla zwiększenia precyzji przepisów projektu zamiast pojęcia: "świadczenia gwarantowane" należy używać pojęcia: "gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej". Również w słowniczku wyjaśniającym pojęcia używane w tym projekcie, zamiast pojęcia: "świadczenia gwarantowane, świadczenia częściowo gwarantowane i świadczenia niegwarantowane" należy używać odpowiednio pojęć: "gwarantowane, częściowo i niegwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej". Oczywiście należy to uczynić pamiętając jednocześnie, iż w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do której jest odesłanie w słowniczku - brakuje obecnie definicji tych pojęć.

#### art. 15

Uważamy, iż nowelizacja ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych nie powinna odbywać się trybem ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Uważamy, iż ewentualna nowelizacja przepisów o funduszu świadczeń socjalnych powinna być dokonana poprzez nowelizację ustawy o tym funduszu.

#### art. 16

PKPP Lewiatan, mając na względzie konieczną ochronę danych dotyczących zdrowia pacjenta, wyraża negatywną opinię odnośnie zapisu zawartego w art. 16 opiniowanego projektu, który przewiduje, że zakład ubezpieczeń może odpłatnie od szpitali, przychodni i od innych świadczeniodawców pozyskać wszystkie dane dotyczące zdrowia osoby zainteresowanej podpisaniem umowy ubezpieczeniowej (wyjątkiem mają być tylko dane o wynikach badań genetycznych), bez wskazania, że wcześniej potrzebna jest zgoda tej osoby. Wprawdzie projekt nie nakłada na świadczeniodawców obowiązku odpłatnego udostępnienia tego rodzaju danych, to nie zmienia to naszej bardzo negatywnej opinii o tworzeniu prawnej możliwości istnienia legalnego

rynku obrotu danymi dotyczącymi zdrowia osoby kiedykolwiek leczonej przez podmioty, które udzielały ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych. Niezasadnym jest dopuszczanie takiego rozwiązania, w którym brak jest włączania osoby zainteresowanej podpisaniem umowy ubezpieczeniowej w proces decydowania o dostępie do dokumentacji medycznej dotyczącej tej osoby. Zapis o wyrażaniu zgody na dostęp do tego typu danych musi być dodany w tym projekcie, niezależnie od rozwiązań, które przewiduje się w innych projektach ustaw, gdzie jest mowa o dokumentacji medycznej.

#### art. 17

Uważamy, iż dla zwiększenia precyzji zapisów projektu w miejsce pojęcia: "świadczenia zdrowotne" należy użyć pojęcia: "świadczenia opieki zdrowotnej". Zwracamy również uwagę, iż niewielka część tego artykułu dotyczy spraw związanych z dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Naszym zdaniem zmiany zawarte w tym artykule powinny być wprowadzone poprzez nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ewentualnie odpowiednio - w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, a nie poprzez ustawę o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Projektowana zmiana w istotny sposób zmieniałaby funkcjonowanie publicznych i niepublicznych podmiotów zapewniających świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, a jej wdrożenie jest zasadne niezależnie od tego, czy i kiedy zostanie uchwalona ustawa o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Zwracamy również uwagę, że w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej należy ustalać górne dopuszczalne limity wykorzystania zasobów na działalność o charakterze komercyjnym. Na niektórych rynkach i dla niektórych świadczeń brak takich górnych limitów może oznaczać, że całe lub prawie całe zasoby publicznego majątku będą przeznaczane na działania o charakterze komercyjnym, co znacznie pogorszy dostęp do świadczeń dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

PKPP Lewiatan w wielu opiniach podkreślała, iż koniecznym jest dopuszczenie możliwości użytkowania publicznego majątku również na działalność o charakterze komercyjnym, ale mając na uwadze interes publiczny sprzeciwiamy się dopuszczeniu możliwości nieograniczonego przeznaczenia wszystkich zasobów majątku publicznego wykorzystywanego przez publiczny zakład opieki zdrowotnej na cele komercyjne. Tymczasem zapisy opiniowanego projektu właśnie taką możliwość dopuszczają.

Mamy świadomość, iż limitowanie określonej specjalności medycznej poprzez ustalenie np. maksymalnej liczby łóżek, która może być wykorzystana dla pacjentów opłacających swoje leczenie prywatnie bezpośrednio ze środków własnych lub poprzez zakład ubezpieczeniowy ma wady, podobnie jak każde administracyjne ograniczenie wykorzystywania majątku trwałego. Ale w

tym przypadku korzyści polegające na ochronie interesu publicznego powinny być ważniejsze aniżeli słabości wynikające z regulacji administracyjnej.

W odniesieniu do części dotyczącej nadzoru nad ubezpieczeniem powszechnym i dobrowolnym – opiniowanego artykułu - uważamy, iż nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia, aby w miejsce obecnego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia, sprawowanego przez ministra do spraw zdrowia oraz przez ministra do spraw finansów publicznych wprowadzać rozwiązania zaproponowane w opiniowanym projekcie.

Jak już wspominaliśmy na wstępie opinii jesteśmy przeciwni powołaniu Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który miałby być centralnym organem administracji rządowej finansowanym ze środków publicznych, a w zakresie nadzoru nad dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, finansowanym z nieprecyzyjnie określonych opłat wnoszonych przez zakłady ubezpieczeniowe, w których ubezpieczeni zakupywaliby polisy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Naszym zdaniem powoływanie takiego urzędu byłoby marnotrawieniem publicznych środków.

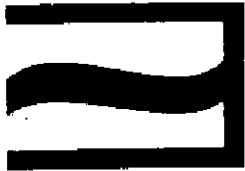
Zwracamy również uwagę, iż w uzasadnieniu do opiniowanego projektu nie ma żadnego argumentu przemawiającego za taką organizacją nadzoru nad NFZ i nad zakładami ubezpieczeniowymi. Z powodu rażącego niedopracowania tekstu nie zauważono nawet, że w uzasadnieniu podaje się zdanie o zupełnie innej koncepcji zorganizowania nadzoru nad rynkiem dobrowolnych ubezpieczeń, a mianowicie o rozszerzeniu składu Komisji Nadzoru Finansowego o Ministra Zdrowia albo jego przedstawiciela.

Poza podanym powyżej błędem dotyczącym obecności Ministra Zdrowia w Komisji Nadzoru Finansowego uzasadnienie projektu zawiera również informację, że zakłady ubezpieczeń miałyby przekazywać do NFZ dane o wpływach ze składek ubezpieczeniowych. Tymczasem w projekcie ustawy nie ma żadnego zapisu nakładającego na te zakłady ubezpieczeniowe obowiązku przekazywania danych o wpływach ze składek dobrowolnego ubezpieczenia.

Zwracamy również uwagę, iż uzasadnienie opiniowanego projektu pozbawione jest oceny skutków regulacji (OSR), co jest dodatkowym argumentem potwierdzającym niedopracowanie tego projektu. Nie ma też żadnego dowodu na to, że projektowana regulacja dałaby korzyści wskazane w uzasadnieniu w punktach od 1 do 4.

Warszawa, 21 lutego 2008 r.

PKPP/92/KT/2008



**NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**Main Chamber of Nurses and Midwives**

NRPiP/XIII/55/08

Warszawa, 22 lutego 2008 r.

Pan  
**Lech Czajła**  
Zastępca Szefa  
Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do pisma z dnia 22 stycznia 2008 roku (PS-28/08) dotyczącego zgłaszania opinii do poselskich projektów ustaw:

- 1) o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych,

uprzejmie informuję, iż opinie do powyższych projektów **zostaną przesłane niezwłocznie po posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, które odbywać się będzie w dniach 11-13 marca 2008 r.**

Z poważaniem

Elżbieta Buczkowska



Prezes NRPiP

**WYDZIAŁ PREZYDIALNY**

L.dz. ....  
Data wpływu 26-02-2008



# Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, 25 lutego 2008 r.

ZW/0714/70/08

Szanowny Pan  
**Lech Czapla**  
Zastępca Szefa  
Kancelarii Sejmu

*Szanowny Panie Ministrze,*

Uprzejmie przesyłam do dalszego wykorzystania opinie dotyczące poselskich projektów ustaw:

- o zakładach opieki zdrowotnej
- o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych
- o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta

otrzymane z województw: opolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego.

*Z wyrazami szacunku*

Dyrektor Biura ZWRP  
1-1 Bogdan Ciepielewski

WYDZIAŁ PREZYD.

L.dz. ....

Data wpływu 25-02-2008

Opinia o projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stwierdzam, że projekt ten nie zmienia merytorycznej materii prawnej w sposób dający nadzieję na poprawę stanu ochrony zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego. Wbrew zapowiedziom, zawiera starannie stonowane treści, które od dawna pojawiają się w rozmowach organizatorów ochrony zdrowia wszelkich zabarwień politycznych. Większość z proponowanych "nowości" jest stosowana na bazie obowiązującego dzisiaj prawa, oczywiście przy starannej jego falandyzującej interpretacji. Pierwotnie bardziej radykalne zapowiedzi, zostały złagodzone, jak sądzę zgodnie z sondażami społecznymi, a głównie sondażami internetowymi.

Projekt wyraźnie został stworzony doraźnie przez trzech autorów, biegłego w starej ustawie i odczytanego w prasie medycznej, biegłego w Kodeksie Prawa Handlowego i zapewne prezesa spółki medyczne, autora statutu spółki. Tekst jest kompilacją tych trzech składowych.

Klika przykładów przeciw temu projektowi:

1. Wyłączenie możliwości funkcjonowania zoz w formie spółki cywilnej naruszać może równość podmiotów wobec prawa, co czyni zapis niezgodny z ustawą zasadniczą i prawem UE.
2. Propozycja fakultatywna wprowadzenia anglosaskiego modelu konsultanckiego możliwa jest jedynie w dużych ośrodkach akademickich i instytutach, gdzie powinna zostać zastosowana, bo doprowadzi do rozbicia układów, nie może być zastosowana w małych ośrodkach, ze względu na niedobór kadry.
3. Nie do przyjęcia jest pobieranie opłat za podwyższony standard w szpitalu, bo po pierwsze generalnie nie ma takich możliwości, a po drugie różnicuje to pacjentów na lepszych i gorszych w publicznym zoz. Możliwy jest taki wariant w komercyjnym wariacie szpitala, gdzie chory za wszystko sam płaci.
4. Zasoby materialne szpitali publicznych w dniu przekształcenia w spółkę stają się jej własnością, ten zapis zgodny z wypowiedzią znanej posłanki ubiegłej kadencji staje się rzeczywistością, jako symbol rozdrapywania przez kapitał resztek zasobów materialnych publicznej ochrony zdrowia stanie się poważnym problemem politycznym, na miarę reelekcji parlamentarnej. I na nic tłumaczenie, że po likwidacji spółki majątek wraca w ręce publiczne, kiedy istnieją sposoby pozbycia się majątku spółki w czasie jej istnienia.
5. Dlaczego minimalny udział publiczny w spółce określono na poziomie 51%, a nie zapisano zabezpieczenia formułą uniemożliwiającą wrogie jej przejęcie.
6. Rezygnacja z powoływania rady społecznej przy sp zoz jest błędem, gdyż ta dziwna struktura jednak się sprawdziła, często jest pomocna. Należało ją zachować, a wet wprowadzić niewielkie diety dla radnych tych rad. Sądzę, że ich likwidacja spowodowana jest wrodzoną niechęcią polityków liberalnych do pracy bez gratyfikacji.
7. Brakuje w projekcie przekonywujących zapisów, które umożliwią władzy publicznej realizację zapisu konstytucji, dotyczącego zapewnienia równego dostępu świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom. Ten fakt otwiera drogę do Trybunału Konstytucyjnego dla tego projektu ustawy.
8. Zapis, że sp zoz pokrywa ujemny wynik finansowy we własnym zakresie to jawny żart kabaretowy, jeszcze w towarzystwie zapisu, że przechodzi ten fant na organ założycielski. W Kluczborku jest zoz w formie spółki, proszę tam zadzwonić i spytać

Starosty Kluczborskiego, ile milionów zalega on z racji zadłużenia pochodzącego z działalności protoplasty tej spółki?. **Przecież misją tego projektu jest próba odcięcia szpitali od kategorii finansowej, która nazywa się długiem publicznym.** To się uda tylko na krótką metę.

9. Ograniczenie zaciągania zobowiązań do wysokości kapitału zakładowego, uniemożliwia na starcie zoz-owi zakup nowoczesnego sprzętu medycznego, otwierając drogę do szybkiej marginalizacji zakładu lub oddają go w ręce czekających na takie sytuacje „inwestorów”, o czym informowała obywateli pewna posłanka na podglądzie.
10. Wreszcie zapis o zwolnieniu zoz-u na okres 3 lat z podatku dochodowego od osób prawnych obnaża **komercyjnego ducha projektu ustawy**. Zysk przy nieoszacowanych stawkach NFZ za usługi zdrowotne, może być dokonany tylko kosztem pacjenta, lub pracownika, który zapewne zgodzi się na głodową pensję i opt-out, byle zachować pracę. Już w pierwszym art. projektu określono cel zoz-u, którym jest „działalność gospodarcza”. Jest to naciągana z filozoficznego punktu widzenia interpretacja. Usługa zdrowotna, jako usługa niechciana, podobnie jak usługa prawna, nie jest wartością rynkową. Czy ktoś widział prywatny sąd prowadzący działalność gospodarczą?

Znalazłem również zapisy, które można uznać za krok w odpowiednim kierunku:

1. Ustanowienie jednorodnego organu założycielskiego w regionie dla wszystkich szpitali, jest kapitalnym postępem w kierunku tworzenia zdroworozsądkowej regionalnej sieci szpitali, oby publicznych. Regiony już mają wiedzę, które jednostki pozostawić w sieci, a które dać do prywatyzacji. To faktyczne uszczelnienie systemu finansowania usług stacjonarnych. Nastąpi konsolidacja oddziałów, szpitali i jednostek organizacyjnych. Na to czekają organizatorzy opieki zdrowotnej w regionach. Niewiele czasu upłynie do momentu sprzężenia się sieci regionalnych szpitali publicznych w krajową sieć szpitali publicznych, którą minister okraśli jednostkami klinicznymi i instytutami.
2. Umożliwienie wspólnego zarządcy dla więcej niż jednego zakładu opieki zdrowotnej w szczególnych przypadkach jest również krokiem do przodu. Jest wzorowane na sprawdzonej przez Niemców zasadzie konsolidacji zarządzania szpitalami, również przez prywatyzację zarządzania, którą zastosowano przejmując zasoby szpitalne na terenie NRD. Na określonym etapie zarządzania szpitalami jest to sprawdzona i skuteczna metoda.
3. Możliwość łączenia się zoz-ów jest również pozytywnym zapisem, który umożliwi dojrzałym organizatorom ratowanie sąsiadujących ze sobą słabych jednostek szpitalnych przez konsolidację oddziałów, całych szpitali i reorganizację kontraktów z płatnikiem.

Cały projekt ustawy nie wnosi wartości formalnoprawnych pozwalających na nadanie uzdrawiającego kierunku rozwoju szpitalnictwa polskiego. Nie spełnia oczekiwań społecznych, oczekiwań menadżerów i wymogów konstytucji, nie daje również przesłanek na spokój społeczny w kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego. Przez odcięcie od instytucji długu

publicznego, szpitale zaczną upadać, cofać się w technologiach medycznych, krótkotrwały romans z kapitałem doprowadzi do utraty najlepszych zasobów materialnych szpitalnictwa publicznego i zmusi wkrótce władze publiczne do budowy nowych samorządowych szpitali. Tak jak to miało miejsce w gminie Deming w Stanie Nowy Meksyk. Dlatego też w USA jest 40% szpitali publicznych, które zaspokajają podstawowe potrzeby zdrowotne zwykłych obywateli. Warto poczytać Nolena „Jak zostałem chirurgiem”.

Projekt powinien wrócić do ministra i stać się przedmiotem wszechstronnej dyskusji przy udziale wszelkich opcji społecznych. Szczególnie obecnie, kiedy niemal wszyscy uczestnicy rynku zdrowia uznali, że nie forma własności, lecz skuteczność zarządzania decyduje o wyniku finansowym podmiotu gospodarczego.

Uwagi do projektu ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Projekt nie wnosi nowych wartości, gdyż stanowi próbę usystematyzowania i zgromadzeniu w jednym dokumencie praw pacjenta i zapisów o rzeczniku, zawartych w licznych innych dokumentach prawnych. I to jest jego zaletą. Nie wnosi jednak żadnych delegacji odnoszących meritum problemów do środków budżetowych. W zapisach tego projektu umieszczono chałupniczy pomysł zawarty w art.33 a stanowiący, że odwołanie od orzeczenia lekarskiego pacjent będzie kierował do komisji lekarskiej. Jest to zapis nieeuropejski, odwołanie od orzeczenia chory winien kierować do sądu. To jest główny słaby punkt tego projektu.

Uwagi do projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Projekt w całości jest chybiony, gdyż:

1. Wzrost poziomu finansowania szpitali jest możliwy bez wprowadzania ubezpieczeń zdrowotnych i bez podnoszenia składki zdrowotnej.
2. Wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń różnicuje społeczeństwo na tych których stać i tych których nie stać na dodatkowe ubezpieczenia.
3. Płacenie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nie gwarantuje płacącemu produktu za który zapłacił. Polskie szpitale nie są przygotowane do oferty lepszej bazy hotelowej płatnikom dodatkowych ubezpieczeń.
4. Droga składki dodatkowej jest już w projekcie ustawy ciernista i nie wiadomo kiedy, gdzie i w jakiej okrojonej przez biurokrację kwocie dotrze.
5. Powoływanie po raz drugi niepotrzebnej instytucji UNUZ jest nieporozumieniem. Projekt pisał prawdopodobnie młody absolwent zarządzania zdrowiem, który w książce wyczyta o strukturze UNUZ i wpisał go na prędcie do projektu. Ja pamiętam



funkcjonowanie tego urzędu, miałem wielokrotnie bliski kontakt z nim i pamiętam argumenty za jego rozwiązaniem, a są one nadal są aktualne.

Andrzej Mazur

## UWAGI

do projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Generalnie projektu ustawy jest bardzo obszernym dokumentem, można wręcz powiedzieć „przewodnikiem po zakładach opieki zdrowotnej”. Zawiera szczegółowe opisy poszczególnych czynności, dotyczących zoz-ów, które konsumują niektóre wcześniejsze zapisy rozporządzeń wykonawczych a nawet niezbędnych elementów, właściwych dla umów, które są oczywiste bo wynikają wprost z regulacji kodeksowych.

Ponadto niepotrzebne wydają się być niektóre określenia zamieszczone na końcu danej normy prawnej, informujące jakim celem ma służyć regulacja, np. zapis mówiący, iż: „minister (...) określi w drodze rozporządzenia skład komisji konkursowej, tryb ogłaszania konkursu (...) zakres i tryb składania ofert, mając na względzie sprawne i rzetelne przeprowadzenia konkursu”, itp.

Zakres spraw przekazanych do unormowania określa się w sposób precyzyjny, usystematyzowany a nie obrazowy. Przepis nie powinien zawierać wypowiedzi, które nie służą wyrażaniu norm prawnych nie mają formy normatywnej a w szczególności nie powinien zawierać postulatów, zaleceń oraz uzasadnień do formułowanych norm.

Ponadto przedstawiam poniżej swoje spostrzeżenia :

Art 6 – wstawić po wyrazach przepisów słowo „ustawy” i przywołać jej pełne brzmienie.

Art. 7 – kto i na podstawie jakich uregulowań stwierdzi działalność „uciażliwą” dla pacjenta lub przebiegu leczenia, nieprecyzyjne określenie. Jak rozumieć działalność uciażliwą.

Art.9 ust.3 - przepis nieczytelny, usystematyzować jednostkami redakcyjnymi podmioty mogące tworzyć zoz-y. Ponadto przepis zawiera pewną niekonsekwencję , bowiem daje przyzwolenie spółce cywilnej jako niemającej osobowości prawnej do tworzenia i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej w formach przewidzianych dla działalności gospodarczej z wyjątkiem prowadzenia jej w ramach spółki cywilnej.

Art.25 ust.1 pkt 3 - powinna to być regulacja porządkowa zawarta w regulaminie porządkowym a nie w ustawie, przecież takie postępowanie jest oczywiste.

Art. 25 ust.3 - ostatnie zdanie jest uproszczeniem postępowania, dlatego proponuje się zapis „ w przypadku zaistnienia przeszkody uniemożliwiającej uzyskanie oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej”.

Art. 31 ust.3 :

- wyrazy „ potrzebne do kontynuacji leczenia” przenieść do art. 31, ust.1 do zakresu świadczeń udzielanych przez zakład opiekuńczo-leczniczy,
- wykreślić wyraz „ oraz” przed wyrazem „produkty lecznicze”.

Art. 32 ust.3 - niepotrzebne ostatnie zdanie informujące " o zapewnieniu przejrzystości skierowania" o czym mowa wyżej, bowiem nie służy ono wyrażeniu normy prawnej. Ustawodawca posiada instrumenty prawne, za pomocą których precyzuje wymagane kryteria i nie musi zapowiadać wcześniej czemu to robi.

Art.39 ust.2 - wyrazy „Państwowe Ratownictwo Medyczne” powinny być użyte w dopełniaczu i w cudzysłowie.

Art. 46 ust.4 - brakuje literki „w” przed wyrazem „przypadku”.

Art.56 ust.3 - zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika .....”” bowiem nie służy ono wyrażeniu normy prawnej,

Art. 61 ust.14 – zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się zapewnieniem zasad przejrzystości...”, podobnie jak poprzednio nie ma potrzeby informowania o intencjach ustawodawcy, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.  
W zapowiadającym rozporządzeniu będą zawarte kryteria spełniające zasady przejrzystości i równości.

Art. 67 ust.2 - zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się koniecznością zapewnienia odpowiedniej wiedzy i doświadczenia ....” ,podobnie jak poprzednio nie ma potrzeby informowania o intencjach ustawodawcy, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej. Zbędna zapowiedź, czym będzie się kierował minister w konstrukcji dodatkowych wymagań dla kadry zarządzającej.

Art. 72 ust.1, pkt 1 – chyba powinno być „ wymagania określone w art. 67 ust.1 pkt 1”, pominięto „ust.1”

Art. 91 ust.5 - zamiast wyrazu” obowiązany” powinien być wyraz „zobowiązany”.

Art. 91 ust.7 - a co z wykreśleniem zakładu z Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej w oparciu o art. 109 ust.1 projektu

Art.101 ust.4 - zbędne ostatnie zdanie od słów ” mając na względzie konieczność ujednoczenia dokumentacji .....”” podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art.104 ust.2 - w miejsce wyrazu "pracownia" powinno być „pracownika”.

Art. 108 pkt 3 - zbędne ostatnie zdanie od słów” kierując się koniecznością .....””, podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art.14 - zbędne ostatnie podobnie w art. zdanie od słów” uwzględniając zapewnienie przejrzystości.....” ,podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art. 116 ust.5 - ostatnie zdanie zbędne z powodów jak wyżej.

Art. 117 ust.3 - wyrazy „ poczynione spostrzeżenia” zastąpić wyrazami „wyniki kontroli”,

Art. 117 ust.4 - w miejsce wyrazów „ wydawanie decyzji administracyjnych nakazujących” powinno być „ wydać decyzję administracyjną nakazującą”,

Art. 117 ust.5 - ostatnie zdanie zbędne z powodów jak wyżej , nie zawiera formy normatywnej.

Art. 119 ust.1 - w miejsce wyrazów „ działań zmierzających do zapewnienia dostępu” powinno być „ działań zapewniających dostęp”.

Szczecin 2008-01-28

Pan  
Marek Hok  
Członek Zarządu Województwa  
Zachodniopomorskiego.

**Dotyczy: projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.**

Przygotowany projekt nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w przeważającej części dotyczy przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego i przewiduje, że większościowy udział w szpitalach- -spółkach ma należeć do samorządów województw. Takiego prawa nie będą mieć powiaty i gminy, do których obecnie należy większość zakładów opieki zdrowotnej.

Z całą pewnością zmierza to do likwidacji części szpitali powiatowych. Stanowi to również ogromne ryzyko finansowe i organizacyjne dla samorządów województw. Nacisk ustawodawcy na prowadzenie szpitali w formie spółek prawa handlowego może stać się dla województw dużym obciążeniem finansowym i może się również okazać, że samorzady województw nie będą zainteresowane przekształceniem szpitali w spółki, bo nie będzie ich stać na spłatę ich długów.

Projekt ustawy nie precyzuje kompetencji organów uprawnionych do podejmowania określonych czynności wobec zozów. Ustawodawca posługuje się wyrażeniem „podmiot który utworzył zakład” – brak wyraźnego określenia który z organów samorządu województwa jest właściwy ( zarząd czy sejmik) – np. przepisy o nadaniu statutu lub udzielaniu zgody na udostępnienie oddziału klinicznego (art. 24 ust. 2)

Ustawodawca nie precyzuje jakie dotacje może otrzymywać zoz – pisze się o „budżetowych” – jednakże w świetle ustawy o finansach publicznych taki rodzaj dotacji nie istnieje – są dotacje z budżetu ( czyjego?) – zgodnie z najnowszym orzecznictwem zoz może otrzymywać dotacje celowe ( obecny art. 55 ).

Poprzednia ustawa, aczkolwiek, niedoskonała stworzyła pewne praktyki i ugruntowała orzecznictwo w określonych zagadnieniach. Nowe uregulowania zmierzają do przetransportowania przepisów Kodeksu spółek handlowych , jednakże tak „po swojemu” i wybiórczo.

Oceniając projekt ustawy pod kątem zachowania zasad wynikających z technik prawodawczych, należy zwrócić uwagę, iż ustawa jest nieczytelna poprzez wiele odwołań do innych przepisów. Należy podkreślić, iż zakres materii zawartej w jednym akcie prawnym jakim jest ustawa wydaje się zbyt szeroki – jest to swoiste Prawo o zakładach opieki zdrowotnej – gdyż wiele regulacji dotąd zawartych w odrębnych ustawach ( Kodeks spółek handlowych, o zawodzie lekarza , udzielanie świadczeń zdrowotnych itp.) w części zostało doklejonnych do nowego projektu.

Małgorzata Jurgiel

radca prawny

## Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – uwagi

1. Majątek szpitali powiatowych przejmie samorząd województwa. Powiaty boją się, że marszałek będzie inwestował w duże, wojewódzkie szpitale kosztem restrukturyzacji i ograniczania działalności tych mniejszych. Samorządowcy obawiają się masowej likwidacji placówek powiatowych. Samorządy wojewódzkie nie będą zainteresowane przekształceniem szpitali w spółki, bo nie będzie ich stać na spłatę ich długów.
2. Każdy szpital będzie mógł funkcjonować w formie spółki prawa handlowego - spółki akcyjnej lub z ograniczoną odpowiedzialnością. Jednak zmiana formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ nie będzie obligatoryjna. Szpitale nie będą mogły prowadzić spółki cywilne. Spółki cywilne tracą również prawo zakładania niepublicznych ZOZ-ów. Większość POZ będzie zmuszona do zmian.
3. Spółka prawa handlowego będzie musiała przejąć wszelkie zobowiązania przekształcanego SP ZOZ-u, w tym ewentualne zadłużenie starej jednostki. Grunty Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego mają być przekazywane spółkom na własność. Na własność spółki - nieodpłatnie - mają też przejść budynki i urządzenia użytkowane dotychczas przez szpital. Prawdziwa rewolta i hojna ręka rządu do samowolki gruntami i nieruchomościami (*może p. Sawicka na ławce w parku z agentem CBA miała rację, że niedługo zarobi krocie na zoz-ach*).
4. Według projektodawców szpital prowadzony w formie spółki powinien dysponować kapitałem zakładowym w wysokości minimalnie 5 mln zł. Ma to zagwarantować "powstawanie silnych finansowo podmiotów". Jego siłę na pewno osłabią wszystkie przejęte zobowiązania. Co z poręczeniami kredytów lub obligacjami?
5. W projekcie przewidziano, że minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego w spółce, która prowadzi publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie wynosił 51%. Jeżeli wartość ta zmniejszy się, a tym samym organ władzy publicznej przestanie dysponować pakietem większościowym, wówczas szpital straci status zakładu publicznego. Natomiast w przypadku szpitali klinicznych proponuje się ustalenie wysokości udziału - publicznej uczelni medycznej - w spółce na poziomie minimalnie 75%. Według projektodawców różnicowanie ZOZ-ów w tym zakresie uzasadnione jest "szczególnym charakterem i znaczeniem szpitali klinicznych, które udzielają wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, dysponują specjalistyczną aparaturą i sprzętem, a także doskonale wykwalifikowaną kadrą medyczną. Dodatkowo wykonują one zadania dydaktyczne, naukowe i badawcze". Jest to słabe uzasadnienie, bo wiele szpitali wojewódzkich ma lepszy status niż kliniczne, jedyna różnica to zadania dydaktyczno-naukowe.
6. Z dniem przekształcenia pracownicy SP ZOZ-u z mocy prawa staną się pracownikami spółki. Jednak stosunki pracy z tymi osobami będą wygasać w terminie 6 miesięcy od dnia przekształcenia, jeżeli nie zostaną z nimi nawiązane nowe stosunki pracy na dalszy okres. A gdzie programy ośłonowe dla zwalnianych pracowników.

7. Zrezygnowano z powoływania w publicznym ZOZ rady społecznej. „Członkowie rady nie uczestniczą w podejmowaniu istotnych dla funkcjonowania zakładu decyzji, natomiast obowiązek uzyskania ich opinii w niektórych sprawach powoduje jedynie wydłużenie procedur postępowania” - słuszny kierunek, natomiast oszczędności nie będą tu znaczące.
8. Jeżeli zakład nie będzie w stanie we własnym zakresie pokryć ujemnego wyniku finansowego, wówczas zobowiązania finansowe placówki będzie mógł regulować podmiot, który utworzył ZOZ. Jednak tego typu wsparcie nie będzie mogło przeciągać się w czasie i trwać dłużej niż 6 miesięcy. Zgodnie z projektem zakład będzie zobligowany do opracowania programu naprawczego. Podmiot tworzący nie będzie mógł pokrywać ujemnego wyniku finansowego zakładu częściej niż raz na 3 lata. W tej chwili wiele zakładów czerpie korzyści finansowe od organu tworzącego bez żadnych ograniczeń.
9. Jeżeli ani zakład, ani organ założycielski nie będzie mógł pokryć ujemnego wyniku finansowego placówki, wówczas podmiot tworzący będzie zobowiązany zmienić formę zakładu lub go zlikwidować.
10. Szpital się przekształcił po wyrażeniu zgody przez pracowników. Nie odnotowano dotychczas problemów w tym zakresie, bowiem zachętą jest pozyskanie udziałów. Jednak, kontraktowi pracownicy szpitali nie będą mieli prawa do bezpłatnych akcji spółki, co jest krzywdzące dla zdecydowanej większości pracowników.
11. W projekcie przewidziano również wprowadzenie obowiązku zawierania przez każdy zakład opieki zdrowotnej - niezależnie od tego, czy udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych czy też na zasadach wyłącznie komercyjnych - umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby udzielające tych świadczeń w zakładzie. Nawet minimalne kwoty ubezpieczenia będą poważnie obciążały budżet jednostek. Podobna sytuacja będzie w przypadku obowiązku posiadania systemu zarządzania jakością ISO.
12. Zdaniem większości prawników w żadnym przypadku nie należy wyprowadzać majątku szpitali (budynki i aparatura) poza jednostki samorządu, natomiast dobrym rozwiązaniem jest możliwość dzierżawienia tego majątku przez spółki prawa handlowego w celu zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańców gminy, powiatu, województwa, kraju. Takie rozwiązanie gwarantuje, że budynki i aparatura nie zostaną nigdy zlicytowane przez komornika, natomiast spółki prawa handlowego nie będą mogły się zadłużać bo nikt im nie da niczego na kredyt. W razie bankructwa takiej spółki można szybko powołać nową i na bazie budynków i sprzętu, które przecież będą należały do samorządu kontynuować funkcjonowanie szpitala.
13. przejęcie nowych szpitali to wzrost zatrudnienia w administracji marszałka, w naszym przypadku będzie to jeszcze raz tyle łóżek szpitalnych.



14. skoro marszałek ma mieć tylko szpitale to co z zakładami ambulatoryjnymi, wompami i ratownictwem medycznym?
15. za mało jest info temat skierowań do ZOŁ., od lat to marszałek wydaje decyzje, nie ma definicji lekarza leczącego, a w zamian ustawa podaje lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, potrzeba więcej szczegółów.
16. realizacja art. 68 konstytucji RP poprzez odpowiednie rozmieszczenie terytorialne zoz, w jaki sposób i jakimi kryteriami lub wskaźnikami.
17. nowe rozporządzenie o dostosowaniu fachowo-sanitarnym, czy wydłuży się również czas dostosowania dla zoz do tychże wymogów.
18. ujednoczony plan kont/rachunek kosztów dla wszystkich zoz, nie będziemy musieli wprowadzać naszego wewnętrznego planu kont.

Sp. Dorota Łabinowicz  
28.01.2008 r.

Sergiusz Karpiński

Tel. 516 069 166

Mail: serkar@31.pl

Art. 2 pkt 2 (działalność gospodarcza polegająca na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych). Nie wydaje się aby właściwe było narzucenie zoz-om jako głównego obowiązku prowadzenia działalności gospodarczej, a już szczególnie poprzez dydaktykę i badania naukowe.

Art. 3 ust. 3 (słowniczek):

pkt 2 (określenie likwidacji) Dlaczego wprowadza się definicję pojęcia „likwidacja”, a nie ma definicji „przekształcenia”?

pkt 3 (definicja niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej) Definiuje się nzoż poprzez określenie rodzaju podmiotu, który go utworzył, przy czym przywołany przepis określa formy prowadzenia działalności z zakresu ochrony zdrowia przez niektóre podmioty prawa handlowego. Nie jestem pewien, czy podane formy wyczerpują pełen asortyment podmiotów.

pkt 6 (definicja publicznego zakładu opieki zdrowotnej) Uwagi podobne do powyższych, przy czym w obu przypadkach przymiotnik „publiczny” lub „niepubliczny” zoz odnosi się do cech organu założycielskiego, a nie do samego zoz-u.

Art. 4 (zasady prowadzenia kształcenia i doksztalcania kadr medycznych) Może zamiast odwoływać się do „odrębnych przepisów” po prostu przywołać te przepisy?

Art.5 ust. 1. (nakaz użycia w nazwie określenia „zakład opieki zdrowotnej”) Wydaje się, że w zupełności wystarczyłoby użycie w nazwie określenia opisującego rodzaj zoz-u, przy zastrzeżeniu, że nazwy te przysługują zoz-om spełniającym warunki niezbędne do zakwalifikowania do danej grupy zoz-ów.

Art. 6 (nakaz udzielenia pomocy medycznej) Zbyt ogólne przywołanie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 9 ust. 6. (wyłączność samorządu wojewódzkiego na prowadzenie szpitala) Przepis absolutnie nietrafny, gdyż musiałby dotyczyć wyłącznie nieprzekształconych szpitali (spzoz-ów i jednostek budżetowych), a więc chyba najgorszych. Jeżeli z tego przepisu miałby wynikać obowiązek przekazania województwom także spółek miejskich i powiatowych prowadzących szpitale, to napotka to zdecydowany opór dotychczasowych właścicieli. Poza tym co zrobić w przypadku, gdy spółka prowadzi nie tylko szpital, ale i inne formy jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych? Czy trzeba je będzie wydzielić? Istotą przekształcenia spzoz-u w spółkę winna być możliwość dzielenia się własnością i odpowiedzialnością. Nic nie stoi na przeszkodzie, by część udziałów lub akcji szpitala wojewódzkiego na terenie miasta została wykupiona przez to miasto, by miasto miało możliwość dokapitalizowania tego szpitala, by wreszcie mogło także uczestniczyć w podejmowaniu przez szpital najistotniejszych decyzji.

Art. 11 ust 1 (co nie w ustawie, to w statucie) Wystarczyłoby napisać, że statut podstawą działalności zoz-u jest jego statut. Tym bardziej, że w kolejnych ustępach określa się zakres spraw regulowanych przez statut.

ust. 3 i 4 (definiowanie systemu ordynatorskiego i konsultanckiego) Definicje tych systemów powinny być przeniesione do odrębnych przepisów, bo tak naprawdę nie mają nic wspólnego z materiałą statutową.

Art. 13 ust. 2 pkt 2 (nakaz umieszczenia w regulaminie porządkowym organizacji zoz-u) Wymóg umieszczenia w regulaminie „zakresu czynności osób udzielających świadczeń zdrowotnych” jest chyba zbytnim uszczegółowieniem. Przecież w dużych jednostkach są to setki osób!

Art. 14 ust. 1. (nakaz ustalenia planu ewakuacji) Należy zmienić szyk: „Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przychodni liczącej do 6 gabinetów (...)”

ust. 3 (aktualizacja) Czy rzeczywiście niezbędna jest coroczna aktualizacja takiego planu?

Art. 15 – 17 (zamówienia na świadczenia zdrowotne) Bardzo szczegółowo opisuje się tryb udzielenia zamówienia, choć jednocześnie upoważnia się (art. 16 ust. 3) ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w tej sprawie. W art. 17 ust. 6 ponownie upoważnia się ministra finansów do wydania tego samego rozporządzenia, co w art. 8 ust. 3.

Art. 20 (wymóg posiadania apteki szpitalnej) Nie wiem, czy „posiadanie” 150 łóżek jest kategorią prawną, czy nie powinno być „zgłoszonych w rejestrze” lub w innym dokumencie prawnym.

Art. 29 ust. 1. (czasowe zaprzestanie działalności) Objęcie tym zapisem wszystkich, a więc także nieudzielających świadczeń medycznych, jednostek i komórek organizacyjnych szpitala jest chyba nieuzasadnione. Na czasowe zamknięcie np. kuchni szpitalnej, przy zapewnieniu żywienia dla pacjentów zgoda wojewody byłaby przesadą.

Art. 31 (definicje zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego) Wydaje się, że definicje obu form winny być zapisane w odrębnych przepisach (artykułach).

Art. 36 (rozporządzenie o wyposażeniu pomieszczeń) Zapewnienie „poszanowania praw pacjenta” winno wynikać z przepisów ustawy o prawach pacjenta.

Art. 46 ust.2 (informowanie o przejściu udziału) Czym różni się „część udziału” od „ułamkowej części udziału”?

ust. 4 (zarząd spółki jako kierownik zakładu) Oba zdania tego ustępu stanowią odrębne przepisy i winny być ujęte w różnych ustępach.

ust. 5 i dalsze (kapitał zakładowy spółki) Odwołanie się do ust. 2 jest nieprecyzyjne, gdyż mowa tam, w różnych kontekstach, o dwóch rodzajach spółek.

ust. 10 – po słowie „jest” należy wstawić przecinek.

Art. 48 ust. 1. (minima kapitałów zakładowych) Z przepisu tego nie wynika możliwość obejmowania udziałów lub akcji innej jednostki samorządu terytorialnego. Czy w przypadku spółki, w której po 50% udziałów miałyby województwo i miasto, na terenie którego spółka działa spełniony byłby warunek przepisu? Czy w przypadku spółki, w której 60% udziałów miałyby uczelnia medyczna, a po 20% województwo i miasto, na terenie których spółka działa, byłaby to sytuacja niedopuszczalna? Pytania te rodzą się w świetle ust. 5, w którym wyróżnia się spółki jednoosobowe.

ust. 3. (zgoda ministra na przekształcenie) Proponuję brzmienie: „Uchwała senatu i zarządzenie dyrektora, o których mowa w ust. 2, w sprawie likwidacji lub ograniczenia zakresu udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych wymaga (...)”. Kwestia „istotne ograniczenie” jest nieprecyzyjna i może budzić kontrowersje.

ust. 4 (następstwa braku zgody ministra) Czy to oznacza, że w przypadku nieudzielenia zgody na ograniczenia działalności minister przejmuje finansowanie zakładu?

ust. 5 (opinia wojewody) Proponuje zapisać ten przepis bezpośrednio po ust. 1 albo wraz z ust. 1 zapisać jako odrębny artykuł.

Art. 52 ust. 2 (przekształcenia spółek) Czy naprawdę chodzi o to, że spółki mogą się łączyć, ale nie mogą się dzielić (z wcześniejszych przepisów wynika, że nie mogą tworzyć spółek-córek)?

Art. 55 ust. 4 (zgoda organu założycielskiego na przekształcenie) Czy nie należałoby zapisać, że nierozpatrzenie wniosku w terminie 30 dni oznacza zgodę?

ust. 5 (doręczenie kwestionariusza) Proponuje zamiast „doręczyć” wpisać „złożyć”.

Art. 56 (kwestionariusz) Przepisy tego artykułu, wraz z ust. 5 poprzedniego powinny stanowić odrębny przepis dotyczący w całości kwestionariusza. Ustępy 6 – 8 poprzedniego artykułu powinny następować po nim.

Art. 58 ust. 5 (dzień wydania decyzji) Zamiast „wydawana jest w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia” wpisać „wydawana jest nie później niż w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia”. Obecny zapis oznacza, że decyzja musi zapaść dokładnie ostatniego dnia miesiąca, w którym wpisano spółkę do rejestru przedsiębiorców, co nie zawsze może być wykonalne.

Art. 59 ust 3 zdanie drugie (powołanie pierwszego zarządu) Z przepisu wynika, że zarząd spółki jest jednoosobowy. Czy takie są rzeczywiste intencje ustawodawcy?

Art. 64 ust. 1 pkt 2 (wpis do rejestru) po określeniu „w rejestrze,” należy dodać: „o którym mowa w art.109.”

Art. 67 ust. 1 (kwalifikacje kierownika) Proponuję pkt 1 przenieść na koniec zestawu wymagań.  
ust. 2 (upoważnienie dla ministra zdrowia) przecinek występujący po słowie „zdrowia” należy przenieść za słowo „określi”.

Art. 72 (odwołanie kierownika) Każda próba enumeratywnego wypisania okoliczności pozwalających na odwołanie kierownika zoz-u narażona jest na konflikt z rzeczywistością. Wśród wymienionych przypadków brakuje np. wniosku kierownika bądź osiągnięcia przez niego wieku emerytalnego.

Art. 73 ust. 1 (członek zarządu) Przepis oderwany od zakładów opieki zdrowotnej. Nieuzasadniony, jeżeli nie występuje w Kodeksie spółek handlowych.

ust. 3 (kierownik medyczny) Po raz pierwszy pojawia się termin „kierownik medyczny” nie wyjaśniając jego charakteru.

Art. 74 ust. 2 (powierzenie zarządzania) Wprowadzenie punktu drugiego uważam za zbędne. Trudno mi sobie wyobrazić sytuację, gdy załoga będzie chciała zarządcy. A jeśli nawet, to i w tym przypadku podmiot tworzący może przejąć inicjatywę wprowadzenia zarządu. W trakcie prac nad projektem mogą padać pytania dlaczego, jeżeli wolę taką wyrazi podmiot tworzący, nikt nie pyta o zdanie załogi?

Art. 75 ust. 2 (powołanie kierownika medycznego) W zoz-ie oddanym w zarząd powołuje się kierownika medycznego, przy czym w dalszym ciągu nie wiadomo nic o jego kompetencjach.

ust. 3 (kto powołuje kierownika medycznego) Mimo, że kierownika medycznego powołuje się w każdym zoz-ie oddanym w zarząd, to powołuje go podmiot, który utworzył wyłącznie publiczny zoz. Coś tu nie gra.

Art. 76 (kierownik medyczny) Co oznacza „zarządzanie zakładem pod względem diagnostyczno-lecznicznym” w oderwaniu od „zwykłego” zarządzania? Jaki jest stopień podległości kierownika medycznego i kierownika?

Art. 77 ust. 1 (rozwiązanie umowy o zarządzanie) Co oznacza określenie „w sposób istotny”? Czy można naruszyć umowę w sposób nieistotny? Czy podane przypadki dotyczą także sytuacji, w której zarządcą jest osoba prawna?

Art. 78 ust. 2 (wspólny zarządca zakładów różnych właścicieli) Na czym miałyby polegać porozumienie właścicieli o wspólnym zarządcy? W jaki sposób takie porozumienie odnosiłoby się do umów o zarządzanie zawarte (niezależnie) z poszczególnymi podmiotami?

Art. 84 ust. 5 (zgoda na obciążenie praw do nieruchomości) Przepis w zdaniu drugim odwołuje się do zgody, o której mowa w ust. 1, choć ustęp ten nie mówi nic o jakiegokolwiek zgodzie.

Art. 89 (zakaz prowadzenia działalności konkurencyjnej) dlaczego z aktualnego brzmienia art. 1 ust. 5 ustawy o zoz-ach skreślono „inne podmioty”? Czy zapis ten wyczerpują pozostałe punkty 1 – 3?

Art. 90 ust. 2 (podział zysku) Czy zapis o przeznaczeniu zysku wyłącznie na działalność statutową nie koliduje z prawem spółek handlowych, z „obdarowywaniem” udziałami lub akcjami pracowników? Jeżeli w spzoz-ach można było dowolnie decydować o podziale zysku, to dlaczego takie ograniczenia nakłada się na spółki?

Art. 94- 107 (doskonalenie zawodowe, w tym specjalizacja) Nie jestem pewien, czy ustawa o zoz-ach jest najwłaściwszym miejscem do regulowania kwestii doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawody medyczne.



**GENERALNY INSPEKTOR  
OCHRONY DANYCH  
OSOBOWYCH**

*Michał Serzycki*

Warszawa, dnia 19 lutego 2008 r

DOLIS-033-24/08/5053

**Pan**

**Lech Czapla**

**Zastępca Szefa**

**Kancelarii Sejmu**

**ul. Wiejska 2/4/6**

**00 – 902 Warszawa**

*Szanowny Panie Ministrze!*

w odpowiedzi na pismo z dnia 23 stycznia 2008 roku (znak PS-28/08) dotyczące projektów:

- 1) ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

uprzejmie informuję, iż do projektów tych ustaw zgłaszam następujące uwagi.

ad. 1) Z uwagi na wiążącą administratorów danych zasadę adekwatności przetwarzanych danych w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane (art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), doprecyzowania wymaga pojęcie „dane” (kierownika, zarządu lub zarządcy zakładu opieki zdrowotnej) z art. 109 ust. 8 pkt 13 projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę, iż pojęcie to ma charakter nicostry i obejmuje swoim zakresem potencjalnie nieograniczony zakres informacji o osobie, niezbędne jest także jego dookreślenie w cytowanym przepisie, by nie powstawały wątpliwości jakie dane osobowe kierowników (członków zarządu lub zarządców) zakładów opieki zdrowotnej winny być zawarte w jawnym Krajowym Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych.

Podobnego skonkretyzowania wymaga sformułowanie „informacja o kadrze dydaktycznej” – zawarte w art. 100 ust. 3 pkt 2 opiniowanego projektu ustawy. W wypadku gdyby „informacja” ta miała obejmować dane osobowe członków kadry dydaktycznej organizatora kształcenia, niezbędnym byłoby jednoznaczne wskazanie w przedmiotowym przepisie, jakie dane tych osób będą przetwarzane we wniosku o wpis do rejestru organizatorów kształcenia.

Niezależnie od powyższego informuje, że art. 46 ust. 8 zdanie drugie powołanego projektu ustawy odsyła do nieistniejącego art. 46 ust. 9 zdanie drugie.

ad. 2) W art. 43 pkt 1 projektu **ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta** w sposób niejasny określono kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta do zapoznawania się z aktami i dokumentami zawierającymi dane osobowe. Wobec braku jakichkolwiek wskazówek interpretacyjnych w – dość lakonicznym – uzasadnieniu projektu ustawy, przepis ten – w zaproponowanym brzmieniu – stanowić może podstawę do zażądania przez Rzecznika Praw Pacjenta wszelkich akt i dokumentów, a w konsekwencji upoważniać Rzecznika Praw Pacjenta do przetwarzania danych osobowych wszystkich kategorii, w tym także danych szczególnie chronionych w rozumieniu art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych. W ocenie organu do spraw ochrony danych osobowych zakres kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta do przetwarzania danych osobowych winien być zaś określony bardziej precyzyjnie i – zgodnie z dyspozycją art. 35 ust. 1 opiniowanego projektu ustawy – ograniczony do spraw związanych z ochroną praw pacjenta.

Zachodzi sprzeczność pomiędzy treścią art. 57 projektu **ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta** a dyspozycją art. 58 tego aktu prawnego. Zgodnie bowiem z art. 58, ustalanie przez Rzecznika Praw Pacjenta wysokości kar pieniężnych, o których mowa m.in. w art. 57, powinno następować z uwzględnieniem okresu, stopnia i okoliczności naruszenia przepisów cytowanej ustawy oraz faktu ewentualnego uprzedniego naruszenia jej przepisów. Tymczasem art. 57 za nieprzekazanie Rzecznikowi Praw Pacjenta dokumentów oraz informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż wywołują zagrożenie zbiorowych praw pacjentów, przewiduje jednoznacznie oznaczoną sankcję w kwocie 50000 złotych. Zaproponowane brzmienie art. 57 opiniowanego projektu ustawy wyłącza więc możliwość stopniowania przez Rzecznika Praw Pacjenta – w oparciu o przestanki wskazane

w art. 58 – wysokości kary pieniężnej za naruszenie obowiązku przekazania dokumentów lub informacji.

Niezależnie od powyższego informuję, że art. 51 ust. 1 powołanego projektu ustawy odsyła do art. 47 ust. 1 tejże ustawy dotyczącego zupełnie innych kwestii.

ad. 3) W art. 10 ust. 3 i art. 17 ust. 6 projektu ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** użyto nieostrego i niezdefiniowanego zwrotu „dane umożliwiające identyfikację świadczeniobiorcy”, a co za tym idzie – wgląd na zasadę adekwatności przetwarzanych danych w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane (art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych), wymaga stosownego doprecyzowania tego pojęcia, przy odpowiednim zastosowaniu wskazówek zawartych w pkt 1 niniejszego pisma.

Proponowane w art. 17 pkt 4 projektu ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** brzmienie art. 188 g ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) jest wadliwe, albowiem reguły logicznego rozumowania prowadzą do wniosku, iż w prawie Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych do żądania udostępnienia mu przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokumentów (lub ich kopii) związanych z działalnością Funduszu mieści się uprawnienie do zapoznawania się z ich treścią.

Niezależnie od – opisanych wyżej – rozwiązań wadliwych w świetle przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, przedstawiony do zaopiniowania projekt ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** zawiera następujące błędy o charakterze technicznym:

1. art. 7 pkt 2 w zakresie odesłania do „ust. 3 pkt 2”; art. 8 ust. 1; art. 188 p ust. 1 i art. 188 w ust. 2 w zakresie odesłania do „art. 188 d ust. 3” odsyłają do przepisów nieistniejących,
2. art. 188 z ust. 1 w zakresie odesłania do „art. 188 g, 188 j” odsyła do przepisów dotyczących zupełnie innych kwestii, niż w nim uregulowana.

2 Porozumienie

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych  
z up. Z - ca Generalnego Inspektora

Andrzej Lewiński