



Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa 05 marca 2008 r.

ZW/0714/87/08

Szanowna Pani
Wanda Fidelus-Ninkiewicz
Szef Kancelarii Sejmu

Szanowna Pani Minister,

W odpowiedzi na prośbę Pani Minister dotyczącą przedłożenia opinii do poselskich projektów ustaw:

- o akredytacji w ochronie zdrowia
- o szczególnych uprawnieniach pracowników opieki zdrowotnej
- o konsultacjach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia
- przepisy wprowadzające ustawy z zakresu zdrowia

uprzejmie przesyłam opinię otrzymaną z województwa zachodniopomorskiego i wielkopolskiego.

Z wyrazami szacunku,

/-/ Bogdan Ciepielewski

Dyrektor Biura ZWRP

Szczecin, dnia 28 lutego 2008 r.

WZiPS-I.DŁ.0724/2/08

**Pan
Bogdan Ciepiewski
Biuro Związku Województw RP**

W odpowiedzi na przesłane drogą elektroniczną poselskie projekty ustaw:

1. o akredytacji w ochronie zdrowia
2. o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej
3. o konsultantach krajowych i wojewódzkich
4. przepisy wprowadzające ustawy z zakresu zdrowia,
poniżej przedstawiam kilka uwag do przedłożonych projektów aktów prawnych.

Ad. 1

1. Procedura oceniająca przeprowadzana przez ośrodek akredytacyjny obejmuje przegląd podmiotu, który ubiega się o certyfikat pod względem spełniania standardów. Efektem końcowym przeglądu będzie stosownie sporządzony raport. Przegląd podmiotu i raport wykonywać będzie tzw. „osoba upoważniona przez ośrodek akredytacyjny” (*cokolwiek to znaczy*). W projekcie ustawy podane są jedynie uprawnienia tejże osoby. Wskazaniem i celowym byłoby określenie kwalifikacji i stosownych kryteriów do spełnienia przez „osobę upoważnioną” przez ośrodek. Wydaje się, iż wysoce korzystnym byłoby, by taka osoba posiadała szczególne doświadczenie w działaniach związanych z rozwojem jakości w ochronie zdrowia.
2. Słusznym jest podkreślenie terminu przedstawienia raportu monitorowanemu podmiotowi przez wizytatora i czasu odwoławczego (14 dni) od postanowień w raporcie. Należałoby ewentualnie rozważyć wydłużenie czasu odwoławczego do 21 dni minimum, tak, aby optymalnie zabezpieczyć czas podmiotowi na realne uzasadnienie zastrzeżeń do raportu.
3. Monitorowanie i ocena standardów, procesów i procedur prowadzą do uzyskania przez podmiot certyfikatu akredytacji. Podmiot ten będzie w tym celu ponosił stosowne koszty. Projekt ustawy zakłada, że będzie to średnio 23 000 zł, przy czym będzie ona zależna od wielkości i rodzaju podmiotu. Wobec powyższego, rodzi się pytanie, czy uzyskany certyfikat przez zakład będzie miał pozytywne odniesienie w wartości kontraktu z NFZ? Projekt ustawy nie zawiera żadnych wzmianek na ten temat, wobec czego nie ma pewności, iż podniesienie jakości usług zwiększy poziom finansowania jednostki. Pewnym jest natomiast to, że będzie więcej obowiązków i różnych wymagań dla podmiotu.

Ad. 2

Bez uwag.

Ad. 3

Analiza proponowanych kosztów wynagrodzeń dla konsultantów wojewódzkich określa, iż na jedno województwo przypadłoby np. 1 001 560 zł. Mając na uwadze Zachodniopomorskie i liczbę 60 konsultantów wojewódzkich, na 1 konsultanta przypadłoby rocznie 16 692 zł, czyli miesięcznie 1 391 zł. Trudno jest określić, czy to jest za dużo, czy za mało, bowiem poza podziałem na wojewódzkich i krajowych nie proponuje się innego kryterium wynagradzania. Celowym byłoby rozważenie innych czynników różnicujących stawki wynagrodzenia, np. kwalifikacje, specjalizacja medyczna czy częstość konsultowania.

Ad. 4

1. Art. 8 ust. 1 jest zapisem nieaktualnym. Stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie jest już ostateczne. Samorząd województwa nie przejmuje innych szpitali ze swojego obszaru.
2. Art. 31 punkt 2 dot. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wysoce uzasadniony. Kierowanie pacjentów do zakładów opieki długoterminowej przez organy tworzące dla tychże zakładów w obecnym kształcie jest zapisem archaicznym. Realizacja tego zapisu ze względów formalnych i z przyczyn po stronie pacjentów w obecnej chwili często jest nierealna. Ponadto, realizacja urzędowej decyzji skierowania pacjenta do zakładu nie ma żadnej spójności z Narodowym Funduszem Zdrowia. Równocześnie, gromadzenie obszernej dokumentacji niezbędnej do wydania decyzji z reguły wydłużało rzeczywisty czas przyjęcia pacjenta do zakładu. Stąd, proponowane rozwiązanie nowego trybu kierowania pacjentów przewlekle chorych do zakładów opieki długoterminowej, czyli lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje skierowanie, a NFZ je potwierdza, z pominięciem organu tworzącego (podobnie jak w przypadku leczenia uzdrowiskowego) jest ze wszech miar uzasadnione.

Biuro ZWRP

Od: "Aneta Korytowska" <aneta.korytowska@umww.pl>
Do: <biuro@zwrp.pl>
Wysłano: 4 marca 2008 10:49
Temat: poselskie projekty ustaw_ochrona zdrowia

Szanowny Pan
Bogdan Ciepielewski
Dyrektor Biura
Związku Województw RP

Odpowiadając na Państwa prośbę dotyczącą zaopiniowania poselskich projektów ustaw: o akredytacji w ochronie zdrowia, o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, o konsultantach krajowych i wojewódzkich, a także biorąc pod uwagę zmiany w ustawach o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta i rzecznika praw pacjenta Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego przedstawia poniższą opinię:

1. Zasadnym jest powierzenie roli podmiotu, który utworzył zakład - Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne - Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.
2. Zaproponowana konieczna regulacja prawna dotycząca niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, w związku z uchwałą Sądu Najwyższego – uznanie nzo2-u jako sp zoz, w którym j.s.t. posiadają akcje lub udziały stanowiące większość kapitału zakładowego.
3. Uzasadnione uregulowanie działalności jednostek badawczo-rozwojowych udzielających świadczeń zdrowotnych – wpis do rejestru zoz.
4. Korzystne dla samorządu województwa wprowadzenie nowego trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych – skrócenie procesu przyjęcia do zakładu, przeniesienie odpowiedzialności na lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Określenie dopuszczalnego poziomu zadłużenia jednostki dające możliwość j.s.t. wzmocnienie nadzoru i kontroli nad podległymi zoz-ami.

W pozostałych regulacjach Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego nie wnosi uwag i opinii.

Z poważaniem
Aneta Wejmann
Departament Organizacyjny i Kadr
Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego



Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa 06 marca 2008 r.

Szanowna Pani
Wanda Fidelus-Ninkiewicz
Szef Kancelarii Sejmu

Janowska Pauli Minister,

W uzupełnieniu do naszego pisma z dnia 5 marca br., dotyczącego zgłoszenia uwag do poselskich projektów ustaw:

- o akredytacji w ochronie zdrowia
- o szczególnych uprawnieniach pracowników opieki zdrowotnej
- o konsultacjach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia
- przepisy wprowadzające ustawy z zakresu zdrowia

w załączeniu, przesyłamy opinię otrzymaną z woj. śląskiego.

Z wyrazami szacunku

H Bogdan Ciepielewski

Dyrektor Biura ZWRP



**CZŁONEK ZARZĄDU
WOJEWÓDZTWA
ŚLĄSKIEGO**

Mariusz Kleszczewski

Katowice, dnia 15 lutego 2008r.

ZD.PR.8023- 103 /08

**Biuro
Związku Województw
Rzeczypospolitej Polskiej**

Proponowany pakiet zmian legislacyjnych, które zastąpić mają obecnie obowiązującą ustawę o zakładach opieki zdrowotnej ma obejmować m.in.:

- ustawę o zakładach opieki zdrowotnej,
- ustawę o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych,
- ustawę o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzecznika Praw Pacjenta,
- przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

Zasadniczą i ważną z punktu widzenia województw zmianą jest zapis art. 9 ust. 6 projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który wskazuje samorząd województwa jako jedyną jednostkę samorządu terytorialnego, która może tworzyć i prowadzić szpital. Do tej pory szpitale mogą tworzyć jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli, co z uwagi na merytoryczną zasadność sprowadza się to do powiatów, miast na prawach powiatu i województw. Wnioskować należy, że szpitale, dla których obecnie organem założycielskim są inne niż województwo jednostki samorządu zostaną przekazane województwom. Budzi to wątpliwości zarówno w zakresie merytorycznej i organizacyjnej zasadności jak i na samym etapie przekazania.

Równocześnie z przekazaniem zadań powinno nastąpić przekazanie mienia. Z przedstawionego projektu nie wynika, w jaki sposób nastąpi przekazanie mienia od podmiotów, które obecnie prowadzą szpitale oraz kto będzie ponosił koszty związane z przygotowaniem mienia do przekazania (np. koszty inwentaryzacji technicznej budynków i podziałów geodezyjnych, koszty związane z regulacją stanów prawnych w księgach wieczystych przed przekazaniem). Czynności przygotowawcze mogą okazać się potrzebne z uwagi na konieczność wydzielenia odrębnych działek czy też nieruchomości lokalowych.

W wielu przypadkach budynki szpitalne znajdują się na znacznym obszarze, niewydzielonym geodezyjnie, zabudowanym budynkami o różnym przeznaczeniu (przychodni, aptek, kiosków, budynkami mieszkalnymi). Oznacza to, iż przekazanie mienia na rzecz Województwa Śląskiego bez ww. czynności przygotowawczych często będzie przekazaniem udziału w prawie do nieruchomości. Ponadto, odrębnego uregulowania wymaga kwestia związana z obciążeniami nieruchomości np. hipotekami i zadłużeniem szpitali. Wątpliwości dotyczą również samego sposobu przejęcia nieruchomości, które zgodnie z obowiązującymi regulacjami należą do jednostek samorządu terytorialnego.

Prowadzenie wszystkich szpitali przez województwo, co w przypadku Województwa Śląskiego stanowi 85 jednostek, a przy zachowaniu wszystkich dotychczasowych jednostek udzielających pozostałych świadczeń o charakterze stacjonarnym i ambulatoryjnym daje już liczbę 100 jednostek, wydaje się rozwiązaniem trudnym pod względem organizacyjnym i budzącym sprzeciw dotychczasowych podmiotów tworzących.

Obecnie obowiązujące przepisy nie różnicują jednoznacznie zadań gminy, powiatu i województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Kompetencje poszczególnych szczebli samorządu wynikają z ustaw specjalnych. Brak jest jednak zasadniczego podziału, określonego w ustawach ustrojowych samorządów. Uzasadnionym jest dokonanie ustawowego podziału zadań pomiędzy samorządy. Podział ten powinien jednak uwzględniać zasadę subsydiarności, zgodnie z którą każdy szczebel władzy powinien realizować tylko te zadania, które nie mogą być skutecznie zrealizowane przez szczebel niższy lub same jednostki działające w ramach społeczeństwa. Subsydiarność jest jedną z podstawowych zasad ustrojowych Unii Europejskiej.

Znaczna część nowych przepisów projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczy tematu przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Docelowo, większość proponowanych rozwiązań wzorowana jest na ustawie z dnia 15 września 2000r. Kodeks spółek handlowych. Zbędnym wydaje się cytowanie w projekcie treści przepisów tej i innych ustaw, co niepotrzebnie ją wydłuża. Tymczasem, należałoby zastanowić się nad wprowadzeniem bezpośrednio do ustawy regulacji, które mają zostać dokonane przy pomocy stosownych rozporządzeń. Projekt ustawy o zoz przewiduje opracowanie aż 23 rozporządzeń.

Szereg uwag dotyczy propozycji rozwiązań w zakresie przekształceń. Dotyczy to w szczególności:

1. Art. 46 ust. 5, który nakazuje by kapitał zakładowy spółki będącej szpitalem wynosił co najmniej 500 000 złotych, co ma zagwarantować powstanie silnego finansowo podmiotu. Zgodnie z art. 60 kapitał własny spółki tworzy m.in. wartość przejętych nieruchomości i nieruchomości. Ich wartość zwykle znacznie przekracza wspomniane 0,5 mln zł. Oznacza to spełnienie podstawowego warunku bez konieczności zgromadzenia środków finansowych na działalność podstawową i rozwój, a zatem tak naprawdę nie daje gwarancji „powstania silnego finansowo podmiotu”.
2. Art. 46 ust. 11, mówiącego o syndyku, który funkcjonuje w razie upadłości. Tymczasem, w treści przepisu mowa jest wyłącznie o likwidacji. Należy rozważyć uzupełnienie np. w następujący sposób: *O otwarciu likwidacji i rozwiązaniu spółki albo ogłoszeniu upadłości likwidator albo syndyk (nadzorca sądowy) zawiadamia organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 109.*
3. Art. 55 ust. 4, wymagającego przeredagowania. Aktualne jest on sformułowany w sposób niemożliwy do realizacji. Podmiotem, który utworzył zakład, mającym podjąć decyzję o przekształceniu, jest jednostka samorządu terytorialnego, a organem dokonującym przekształcenia, organ stanowiący tej jednostki.
4. Art. 58 ust. 1, który nie wskazuje, kto zdecyduje, że po przekształceniu w spółkę, zakład opieki zdrowotnej nabędzie od jednostki samorządu terytorialnego grunty na

- własność, czy też nabędzie jedynie prawo użytkowania wieczystego. Konsekwencją jest tutaj dowolne zróżnicowanie warunków przekształcania w spółki.
5. Art. 58 ust. 3 i ustępy następne, w którym wątpliwości budzi charakter wydawanej decyzji, w szczególności czy jest to decyzja administracyjna (jeśli tak, to do kogo służy odwołanie?). Porównując treść przepisu z art. 55 ust. 3 można przyjąć, że skoro nie wyłączono wyraźnie stosowania K.p.a., to sprawa jest rozstrzygana poprzez decyzję administracyjną.
 6. Art. 58 ust. 5, dyspozycja przepisu może być trudna do realizacji, gdyż zgodnie z art. 57 ust. 2 trudno ustalić termin podjęcia czynności przez sąd rejestrowy.
 7. Braku wyraźnego zdefiniowania sposobu i trybu przeniesienia na spółkę będącą szpitalem ruchomości przekształcanego SPZOZ - jedynie w art. 60 jest zapis, że fundusz zakładu (czyli wartość ruchomości SPZOZ) tworzy kapitał własny spółki.
 8. Braku uwzględnienia roli Narodowego Funduszu Zdrowia w procesie przekształceń i zmian organizacyjnych. Obowiązujące przepisy, dotyczące tworzenia, przekształcania i likwidacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie przewidują udziału Narodowego Funduszu Zdrowia, chociażby na zasadzie opinii. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest działanie zakładów, ich organów założycielskich i wojewody bez udziału podmiotu, dysponującego informacjami na temat zapotrzebowania na usługi medyczne, odpowiedzialnego za zapewnienie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych. W efekcie, Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma obowiązku zakontraktować świadczeń zdrowotnych w np. w nowoutworzonym oddziale, na którego organizację przeznaczono określone środki finansowe. Projekt nowej ustawy nie rozwiązuje tego problemu, który znacznie gorsze skutki może przynieść w przypadku likwidacji zakładu lub jego części.
 9. Art. 112, zagrażającego zabezpieczeniu świadczeń medycznych pacjentom. W szczególności dotyczy to ust. 6 tego przepisu, który jako konsekwencję zaprzestania działalności zakładu lub jego części wskazuje wykreślenie z rejestru w odpowiednim zakresie. Zgodnie z art. 66 ust. 1 to kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie zakładem, skutki negatywnych działań kierownika ma jednak w tym przypadku ponosić zakład i jego pacjenci.

Rozważenia doprecyzowania i ponownej analizy wymagają przepisy:

1. Art. 11 ust. 2, w którym brak określenia, który z organów podmiotu tworzącego zoz wykonuje uprawnienia nadawania i zmiany statutu zakładu, organ stanowiący (uchwalodawczy), czy też wykonawczy.
2. Art. 15 ust. 13, gdzie wątpliwości budzi konieczność powtarzania całego konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Możliwe jest, że protest dotyczyć będzie tylko niektórych elementów procedury konkursowej. Zasadne w takiej sytuacji byłoby powtórzenie poszczególnych czynności konkursu, które zostały oprotestowane z powodu ich wadliwości.
3. Art. 26 ust. 1, gdzie należy rozważyć uzupełnienie, iż szpital, o nieodebraniu pacjenta ze szpitala w wyznaczonym terminie, zawiadamia niezwłocznie organ wykonawczy gminy.
4. Art. 29 ust. 4, w którym nie wskazano jednoznacznie organu opiniującego czasowe zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala, podobnie jak w pkt 1.
5. Art. 72 ust. 1 pkt 3, w którym nie określono, kto stwierdza rażące naruszenie prawa przez kierownika zakładu.
6. Art. 73 ust. 2, gdzie dla jasności obok zakazu działalności zawodowej przez członka zarządu spółki należy rozważyć wyłączenie prowadzenia działalności gospodarczej. Proponuje się takie same wymagania postawić kierownikowi samodzielniego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zróżnicowane zasady w tym zakresie

odnoszące się do członków zarządu spółki, kierownika i zarządcy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, nie znajdują uzasadnienia. Podobnie, jeśli chodzi o wymagane kwalifikacje osób zarządzających publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

7. Art. 84 ust. 2 pkt 3 wskazującego, że publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej z udziałem jednostek samorządu terytorialnego może zaciągnąć zobowiązania o wartości przewyższającej równowartość 500 000 zł za zgodą organu stanowiącego tej jednostki, wydanej po zasięgnięciu opinii regionalnej izby obrachunkowej. Procedura zakupu sprzętu i aparatury specjalistycznej (z reguły rzeczy kosztownych) oraz dokonania nakładów inwestycyjnych (niezbędnych modernizacji dostosowawczych do obowiązujących wymogów) może zostać w ten sposób znacznie wydłużona w czasie oraz będzie angażować organ stanowiący - sejmik województwa w sprawach, które mogą być załatwione przez organ wykonawczy - zarząd województwa.
8. Art. 91 ust. 8 stawia w uprzywilejowanej pozycji zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez podmioty, o którym mowa w art. 9 ust. 2 (publiczne uczelnie medyczne, publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego). W efekcie zoz-y takie będą mogły w sposób mniej restrykcyjny prowadzić gospodarkę finansową, mając możliwość finansowania strat na koszt podatników. Tymczasem, nie można wykluczyć, iż kluczowe znaczenie będą miały nie tylko szpitale utworzone w w/w trybie, lecz szpitale wojewódzkie.
10. Art. 110 ust. 3 pkt 2, gdzie województwo tworząc zoz nie będzie w stanie przedstawić przewidzianych dokumentów. Wymóg przedstawienia dokumentów nie powinien być stosowany, co do podmiotów utworzonych w drodze ustawy.
11. Art. 116 ust. 1 pkt 1 przewidującego szerokie uprawnienia kontrolne wojewody, dublujące w części uprawnienia podmiotu tworzącego zakład opieki zdrowotnej (art. 118 ust. 3). Z drugiej strony, doprecyzowanie na mocy ustawy zasad kontroli, o której mowa w art. 118 ust. 3, w sposób jasny określiłoby relacje pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej a jego organem tworzącym. Zasady powinny odnosić się do częstotliwości kontroli i sankcji w przypadku ustalonych nieprawidłowości.
12. Przewidziane przepisy karne odnoszą się jedynie do kwestii finansowych zarządzania zakładem. Nie przewiduje się konsekwencji w przypadku zaniechania lub niewłaściwej realizacji zadań statutowych, co w przypadku publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest podstawowym celem działania.

Ponadto, odnosząc się do uwag technicznych, przywołana w art. 17 ustawa o zamówieniach publicznych od roku 2004 nosi nazwę Prawo zamówień publicznych

Reasumując, przedstawiony projekt ustawy zawiera szereg rozwiązań godnych uwagi, których wprowadzenie pozwoli na rozwój obecnego systemu ochrony zdrowia. Wiele z pośród nich może być trudnych do realizacji z uwagi na obecny stan faktyczny, inne wymagają doprecyzowania. Zdecydowanie pozytywnym skutkiem, który byłby odczuwalny bezpośrednio po wejściu w życie ustawy, jest likwidacja jednego z organów samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – rady społecznej. Rady społeczne nie uczestniczą bezpośrednio w zarządzaniu zakładami, wymóg ich opinii, co do szeregu podejmowanych czynności, znacznie opóźnia proces decyzyjny.

Dużą szansę stanowi ustawowe uregulowanie możliwości urynkowienia usług zdrowotnych. Ważnym jest jednak, aby ustanowione zasady były jednoznaczne, jasne i gwarantujące równość wszystkich podmiotów uczestniczących w systemie oraz zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych, zgodnych z potrzebami społeczeństwa.

Propozycja rozwiązań przedstawiona w projekcie ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych wymaga przede wszystkim wcześniejszego precyzyjnego ustalenia koszyków świadczeń zdrowotnych: gwarantowanych, częściowo gwarantowanych i niegwarantowanych, warunków ich udzielania (w tym standardu i czasu) oraz czytelnych zasad korzystania z nich. Niezbędne jest również określenie warunków dostępności dodatkowego ubezpieczenia, a także zagwarantowanie możliwości ubezpieczenia się wszystkim zainteresowanym.

Tymczasem, w projekcie ustawy możliwości łagodzenia kosztów ubezpieczenia zostały potraktowane w sposób symboliczny poprzez możliwość dofinansowania ich ze środków zakładowych funduszy świadczeń socjalnych. Brak jakichkolwiek zachęt w stosunku do obywateli samozatrudnionych i pracujących w firmach zatrudniających poniżej 20 pracowników. Skutecznym narzędziem byłoby tutaj powiązanie ubezpieczenia z ulgą podatkową. Pozostawienie przyjętego w projekcie rozwiązania spowoduje małe zainteresowanie społeczeństwa korzystaniem z dodatkowych możliwości ubezpieczenia.

Wątpliwości budzi też pomysł suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, dla korzystania z którego obywatel miałby zrzekać się praw do świadczeń gwarantowanych. Nie ustalono, jakie korzyści płynęłyby z wyboru uzyskiwania świadczeń gwarantowanych w ramach suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego i czy nie skutkowałoby to ograniczeniem dostępności innych do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych przewiduje, że firma ubezpieczeniowa może kupić od szpitala wyniki badań pacjenta. Składka dodatkowego ubezpieczenia będzie bowiem wyliczana na podstawie stanu zdrowia danej osoby. Takie rozwiązanie jest analogiczne do obowiązujących przepisów o ubezpieczeniach na życie i zdrowie. Ogólnie można stwierdzić, że projekt ustawy poza wejściem w terminologię, która nie została do tej pory zdefiniowana i domniemaną możliwością uzyskania innych niż finansowe korzyści z ubezpieczenia, nie skutkuje zmianami systemowymi, gwarantującymi poprawę finansowania ochrony zdrowia.

Odnosząc się do przedstawionego projektu ustawy zauważyć należy, że większość proponowanych rozwiązań obowiązuje obecnie i wynika z ustaw dotyczących ochrony zdrowia, jak np. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Powołanie rzecznika praw pacjenta na szczeblu centralnym stanowi analogię do rzecznika praw obywatelskich. Niestety, trudno odnaleźć w ustawie zapisy zwiększające prawa pacjenta.

CZŁONEK ZARZĄDKU WOJEWÓDZINA



Mariusz Kleszczewski



**GENERALNY INSPEKTOR
OCHRONY DANYCH
OSOBOWYCH**
Michał Serzycki

Warszawa, dnia 10 marca 2008 r.

DOI.IS-033-60/08/6382

Pani
Wanda Fidelus – Ninkiewicz
Szef
Kancelarii Sejmu
ul. Wiejska 2/4/6
00 – 902 Warszawa

Szanowne Pani Minister!

w odpowiedzi na pismo z dnia 11 lutego 2008 roku - znak PS-59/08 – (data wpływu do Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych 19 lutego 2008 roku) dotyczące projektów:

- 1) ustawy o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia,
- 2) ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej,
- 3) ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia,
- 4) ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia

uprzejmie informując, iż:

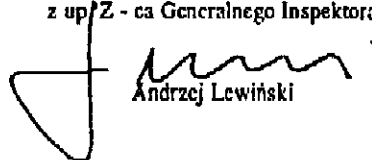
ad. 3) W art. 7 ust. 4 projektu ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia zawarto zbędne sformułowanie „z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych”. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) jest aktem prawnym powszechnie obowiązującym, a zatem w stosunku do wszelkich dokumentów zawierających dane osobowe (w rozumieniu art. 6 ustawy o ochronie danych osobowych) regulacje przewidziane w tej ustawie znajdują zastosowanie z mocy samego prawa i dodatkowe potwierdzanie tego faktu poprzez umieszczanie stosownych zapisów w treści innych ustaw jest niezasadne.

Dodać także wypada, iż zachodzi sprzeczność pomiędzy dyspozycją art. 3 ust. 1 powołanego projektu ustawy a treścią art. 5 pkt 1 tego projektu. Pierwszy z wymienionych przepisów określa katalog informacji, które winny być zawarte we wniosku podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych o wydanie akredytacji, drugi zaś upowazuje ministra właściwego do spraw zdrowia do uregulowania w rozporządzeniu zakresu danych, które powinien zawierać taki wniosek.

ad. 1, 2 i 4) Wobec pozostałych nadesłanych projektów uwag nie zgłaszam.

z poważaniem

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


Andrzej Lewiński