

## USTAWA

z dnia 2011 r.

### o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>1)</sup>

**Art. 1.** Ustawa określa warunki i zasady zawierania i wykonywania umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz prowadzenia działalności w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

**Art. 2.** Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1071, z późn. zm.<sup>2)</sup>);
- 2) świadczenia z zakresu medycyny pracy – świadczenia związane z ochroną zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy oraz sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, zapewniane na warunkach określonych w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r., Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

**Art. 3. 1.** Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne jest ubezpieczeniem wypadkowym lub chorobowym, o którym mowa w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 56 z późn. zm.<sup>4)</sup>).

---

<sup>1)</sup>Niniejsza ustawa zmienia ustawę z dnia 21 lipca 1991 r. o podatku dochodowego od osób fizycznych, ustawę z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, ustawę z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 141, poz. 888, Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725.

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 141, poz. 1011 oraz z 2008 r. Nr 220, poz. 1416 i Nr 234, poz. 1570.

<sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 81, poz. 530, Nr 127, poz. 858 i Nr 126, poz. 853.

2. Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego polega na:

- 1) zapłacie sumy pieniężnej, która stanowi pokrycie w całości albo w części kosztów świadczeń opieki zdrowotnej lub świadczeń z zakresu medycyny pracy,
  - 2) zapewnieniu świadczeń opieki zdrowotnej lub świadczeń z zakresu medycyny pracy bez konieczności ponoszenia przez ubezpieczonego kosztów takich świadczeń albo przy ponoszeniu przez ubezpieczonego części kosztów
- w okresie ochrony ubezpieczeniowej określonej w tej umowie.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje również koszty leczenia powikłań wynikających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

**Art. 4.** 1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z ubezpieczającym.

2. Umowę dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawiera się na czas określony albo nieokreślony.

3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia.

4. W przypadku objęcia dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym świadczeń z zakresu medycyny pracy, umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie może obejmować dodatkowo innych świadczeń, chyba, że świadczenia te uwzględnione zostały w odrębnej części dokumentu ubezpieczenia oraz została dla nich ustalona odrębna składka.

**Art. 5.** 1. Ogólne warunki umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego określają w szczególności:

- 1) prawa i obowiązki stron umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- 3) zakres świadczeń objętych umową dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ze wskazaniem czy świadczenia ubezpieczyciela mają charakter rzeczowy czy pieniężny;
- 4) sposób określania sumy ubezpieczenia;
- 5) sposób realizacji świadczeń;
- 6) sposób ustalania wysokości składki oraz sposób i terminy jej opłacania;

- 7) metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki indeksację przewidują;
  - 8) tryb i warunki dokonania zmiany umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 9) przesłanki i terminy rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez każdą ze stron;
  - 10) warunki wygaśnięcia umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 11) sposób i tryb rozstrzygania sporów wynikających z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Postanowienia ogólnych warunków umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego lub umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.
  3. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego.
  4. Określając zakres świadczeń objętych umową dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 ubezpieczyciel, poza wskazaniem procedur medycznych, określa również standardy i warunki ich realizacji uwzględniające, co najmniej określenie kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny oraz wymaganego sprzętu medycznego.

**Art. 6.** 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierając umowę z ubezpieczycielem jest obowiązany zapewnić, aby sposób i warunki realizacji tej umowy nie naruszały przepisów art. 20 – 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz praw świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o których mowa w art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, informuje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia o:

- 1) zawarciu umowy z ubezpieczycielem, wskazując nazwę i siedzibę ubezpieczyciela, w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
- 2) zakresie świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową, o której mowa w pkt 1, wskazując kod świadczenia opieki zdrowotnej według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9, w wersji aktualnie stosowanej do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany zgłaszać Narodowemu Funduszowi Zdrowia każdą zmianę danych, o których mowa w ust. 2, w terminie 7 dni od dnia dokonania takiej zmiany.

4. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany zgłaszać Narodowemu Funduszowi Zdrowia informację o rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy z ubezpieczycielem, w terminie 7 dni od zaistnienia takiego zdarzenia, podając jednocześnie datę rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.

5. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany przekazywać raz w miesiącu Narodowemu Funduszowi Zdrowia:

1) informację o prowadzonych listach oczekujących, zawierające dane, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co do tych świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być finansowane zarówno na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak i umowy zawartej z ubezpieczycielem,

2) raport z oceny list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

**Art. 7.** 1. W razie stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w art. 6 ust. 1, Narodowy Fundusz Zdrowia może rozwiązać tę umowę bez wypowiedzenia oraz nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, na zasadach określonych w przepisach o ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wysokość kary umownej w takim przypadku nie może przekraczać 2% kwoty zobowiązania określonego w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca nie może zawrzeć umowy z ubezpieczycielem na okres:

1) jednego roku – w przypadku pierwszego rozwiązania umowy, o którym mowa w ust. 1;

2) trzech lat – w przypadku drugiego rozwiązania umowy, o którym mowa w ust. 1;

3) bezterminowo – w przypadku kolejnego rozwiązania umowy, o którym mowa w ust. 1.

**Art. 8.** 1. Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielne są ubezpieczonemu, będącemu jednocześnie świadczeniobiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, to koszty tych świadczeń rozliczane są w ramach umowy zawartej z ubezpieczycielem, z uwzględnieniem art. 3 ust. 3.

2. W przypadku poniesienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, do których pokrycia lub zapewnienia jest obowiązany ubezpieczyciel na podstawie umowy dodatkowego

ubezpieczenia zdrowotnego, Narodowy Fundusz Zdrowia jest uprawniony do dochodzenia zwrotu kosztów tych świadczeń.

3. Do dochodzenia roszczenia, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

**Art. 9.** Przepisy art. 6 - 8 stosuje się odpowiednio do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez podmioty inne niż Narodowy Fundusz Zdrowia.

**Art. 10.** W zakresie nieuregulowanym w niniejszej ustawie do:

- 1) działalności ubezpieczycieli w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego stosuje się przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej;
- 2) umów 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>5)</sup>).

**Art. 11.** W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.<sup>6)</sup>) w art. 26 w ust. 1 po pkt 9 dodaje się pkt 10 w brzmieniu:

„10) wydatków na zapłatę składki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z dnia .....r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ....., poz. ....), ponoszonych na rzecz podatnika, a także na rzecz jego małżonka oraz dzieci własnych i przysposobionych, jeżeli małżonek lub dzieci nie uzyskały w roku podatkowym dochodów, z wyjątkiem dochodów wolnych od podatku dochodowego, renty rodzinnej oraz dochodów w wysokości nie powodującej obowiązku zapłaty podatku.”.

**Art. 12.** W ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.<sup>7)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

---

<sup>5)</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. 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 oraz z 2008 r. Nr 116, poz. 731, Nr 163, poz. 1012, Nr 220, poz. 1425 i Nr 228, poz. 1506 i Nr 220, poz. 1431, z 2009 r. Nr 42, poz. 341 i Nr 79, poz. 662 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 222.

<sup>6)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 28, poz. 146, Nr 57, poz. 352, Nr 75, poz. 473, Nr 105, poz. 655, Nr 149, poz. 996 i Nr 182, poz. 1228.

1) w art. 12 ust. 1 otrzymują brzmienie:

„1. Badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne mogą być realizowane w ramach:

- 1) pisemnej umowy zawartej przez podmiot obowiązany do ich zapewnienia, o którym mowa w art. 5 ust. 2, zwany dalej „zleceniodawcą”, z podstawową jednostką służby medycyny pracy, zwaną dalej „zleceniobiorcą” lub
- 2) umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej przez zleceniodawcę z ubezpieczycielem zgodnie z wymogami ustawy z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ....., poz. ....).”;

2) art. 13 otrzymuje brzmienie:

„Art. 13. Zleceniodawca, działając w porozumieniu z przedstawicielami pracowników, w zakresie, o którym mowa w art. 12 ust. 1, ma prawo wyboru oferty:

- 1) podstawowej jednostki służby medycyny pracy lub
- 2) ubezpieczyciela.”;

3) w art. 22 po pkt 2 dodaje się tiret w brzmieniu:

„ – na podstawie umowy zawartej z podstawową jednostką medycyny pracy lub ubezpieczycielem;”.

**Art. 13.** 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>8)</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, opieki nad dziećmi w żłobkach, przedszkolach oraz innych formach wychowania przedszkolnego, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia ..... r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ..., poz. ...), udzielanie pomocy materialnej - rzeczowej lub

---

<sup>7)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 141, poz. 1011 oraz z 2008 r. Nr 220, poz. 1416 i Nr 234, poz. 1570.

<sup>8)</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, z 2007 r. Nr 69, poz. 467 i Nr 89, poz. 589 oraz z 2008 r. Nr 86, poz. 522, Nr 237, poz. 1654 i Nr 237, poz. 1656.

finansowej, a także zwrotnej lub bezzwrotnej pomocy na cele mieszkaniowe na warunkach określonych umową;”;

2) w art. 8 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do przyznawania dopłat z Funduszu, przeznaczonych na finansowanie składek na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, o których mowa w ustawie z dnia ...r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ..., poz. ...),”.

**Art. 14.** W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153, z późn. zm.<sup>9)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W celu realizacji ustawowych zadań Rzecznik Ubezpieczonych współpracuje w szczególności z krajowymi i zagranicznymi organizacjami konsumenckimi, Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz z Rzecznikiem Praw Obywatelskich.”;

2) w art. 20 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) współdziałanie z Rzecznikiem Praw Pacjenta w zakresie ochrony ubezpieczonych związanych umowami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego regulowanych ustawą z dnia .... r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ..., poz. ...);”.

**Art. 15.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164 poz. 1027, z późn. zm.<sup>10)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art.136b dodaje się art. 136c w brzmieniu::

---

<sup>9)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003, Nr 170, poz. 1651 , z 2004 Nr 93, poz. 891, Nr 96, poz. 959 , z 2005 Nr 48 poz. 447 i Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 163, poz. 1362, z 2006 Nr 157, poz. 1119, Nr 170, poz. 1217, Nr 249, poz. 1832, z 2007 Nr 82, poz. 557, Nr 171, poz. 1206, z 2008 Nr 228, poz. 1507 i z 2009 Nr 42, poz. 341.

<sup>10)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857 , Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725.

„Art. 136c. 1. Świadczeniodawca, o którym w art. 7 ust.1 ustawy z dnia .....r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ..., poz. ...), zapewnia wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem przynajmniej na poziomie 90% kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za kolejne okresy weryfikacyjne stanowiące następujące po sobie okresy kwartałów kalendarzowych w ramach przyjętego okresu rozliczeniowego, z uwzględnieniem zmian umowy w ramach zakresów i rodzajów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 9.

2. Poziom wykonania umowy w następnym okresie weryfikacyjnym może być niższy niż 90% kwoty przewidzianej dla danego okresu weryfikacyjnego, jeżeli łączny poziom wykonania umowy za bieżący i poprzednie okresy weryfikacyjne przekracza 90% kwoty zobowiązania.

3. Określenie kwot zobowiązania Funduszu i poziomu wykonania umowy, o których mowa w ust.1, dotyczy zakresów i rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, według zawartej przez świadczeniodawcę umowy zarówno z Funduszem, jak i ubezpieczycielem i wykazanych Funduszowi zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia..... r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

4. W przypadku niższego niż wskazany w ust. 1 i 2 poziomu wykonania umowy świadczeniodawca nie może wykonywać świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z ubezpieczycielem w okresie kwartału kalendarzowego następującego po kwartale, w którym określono poziom wykonania umowy i liczonego od dnia poinformowania przez oddział wojewódzki Funduszu świadczeniodawcy i ubezpieczyciela o okoliczności nie wykonania umowy.”;

2) w art. 188 po ust.2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

„2b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców, którzy uzyskali świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z ubezpieczycielem w celu kontroli i monitorowania przestrzegania art. 7 ust. 1 ustawy z dnia ..... r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr. , poz. ).”;

3) w art. 190 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz finansowanych na podstawie umowy z ubezpieczycielem, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.”.



**Art. 16.** W ustawie z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.<sup>11)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 19 w ust. 2 pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) Rzecznika Ubezpieczonych oraz Rzecznika Praw Pacjenta, w zakresie wykonywania ustawowych zadań, w związku z podjętą interwencją;”;

2) w art. 19 ust. 2 po pkt 17 dodaje się pkt 17a w brzmieniu:

„17a) Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie i w celu wykonywania zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) oraz w celu kontroli i monitorowania przestrzegania art. 7 ust. 1 ustawy z dnia ..... r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr... , poz. ....);”.

**Art. 17.** ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417 i Nr 76, poz. 641) w art. 47 w ust. 1 po pkt 10 dodaje pkt 10a w brzmieniu:

„10a) współdziałanie z Rzecznikiem Ubezpieczonych w zakresie ochrony ubezpieczonych związanych umowami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego regulowanych ustawą z dnia ..... r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr ..., poz. ....);”.

**Art. 18.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

---

<sup>11)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 Nr 81, poz. 530, Nr 126, poz. 853 i Nr 127, poz. 858.

## Uzasadnienie

Funkcjonujący obecnie w Polsce system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego oparty jest na zasadach powszechności, obligatoryjności i solidaryzmu społecznego. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego powszechność stanowią wyraz zasad wyrażonych w art. 2 i art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, które stanowią, że Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej oraz ustanawiają zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt ustawy *o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym*, zwany dalej „projektem”, reguluje natomiast sferę dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych tj. produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez prywatne zakłady ubezpieczeń (ubezpieczycieli), które mogą być dobrowolnie nabywane przez ubezpieczających.

Konieczność regulacji sfery dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wynika przede wszystkim z faktu dynamicznego rozwoju rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce na przestrzeni ostatnich lat. Jednocześnie rozwój ten nie został oparty o należyte ramy prawne. W szczególności należy wskazać, że pomimo przyznanej zakładom opieki zdrowotnej możliwości zawierania umów z zakładami ubezpieczeń nie określono zasad współpracy i realizacji kontraktów w sytuacji gdy świadczeniodawca posiada kontrakty z dwoma płatnikami - publicznym i prywatnym. Taka sytuacja mogła prowadzić do negatywnych zjawisk skutkujących np. brakiem należytych gwarancji dla osób korzystających ze świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz brakiem współpracy i brakiem wymiany informacji pomiędzy Narodowym Funduszem a ubezpieczycielami.

Dlatego też głównym celem projektu jest zagwarantowanie świadczeniobiorcom należytej realizacji ich uprawnień wynikającej z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz stworzenie ram systemowych dla dalszego rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Ponadto wprowadzane przepisy mają na celu:

- 1) poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) stworzenie świadczeniodawcom alternatywnych, w stosunku do kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, źródeł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) stworzenie świadczeniodawcom możliwości racjonalnego zarządzania i wykorzystania wolnych zasobów,
- 4) zwiększenie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 5) zwiększenie poziomu jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego będzie zawierana pomiędzy ubezpieczającym (najczęściej pacjentem i jednocześnie ubezpieczonym) oraz zakładem ubezpieczeń. Na podstawie tej umowy, zakład ubezpieczeń będzie obejmował ochroną ubezpieczeniową pacjenta na wypadek zdarzenia powodującego konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt stwarza zinstytucjonalizowane podstawy do zawierania umów dotyczących dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym zakresie projekt:

- wprowadza definicję dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 3),
- określa charakter świadczeń oferowanych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego - świadczenia pieniężne i rzeczowe (art. 3 ust. 2) oraz charakter umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 3),
- określa wymogi, co do ogólnych warunków umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 5), w tym m.in. wymóg określenia sposobu realizacji świadczeń objętych umową dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. w szczególności wskazanie ewentualnych warunków, od których spełnienia uzależnione jest uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej np. wymóg uprzedniej zgody ubezpieczyciela oparty np. na systemie skierowań czy opinii lekarskich. Natomiast określając zakres świadczeń (procedur) objętych zakresem ubezpieczenia, ubezpieczyciel będzie jednocześnie określał standardy ich realizacji (art. 5 ust. 4).

Jak wskazano powyżej zasadniczym celem proponowanych rozwiązań jest również odpowiednie zabezpieczenie praw świadczeniobiorców korzystających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji gdy świadczeniodawca udziela jednocześnie świadczeń na podstawie umowy z zakładem ubezpieczeń dla ubezpieczonych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

W tym zakresie projekt przewiduje następujące mechanizmy:

- 1) wymóg zapewnienia przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń finansowanych ze środków publicznych i podpisującego kontrakt z zakładem ubezpieczeń takich warunków i sposobów realizacji tej umowy, aby nie naruszały one praw osób korzystających z systemu publicznego, w tym w szczególności w zakresie prowadzenia list oczekujących (art. 6 ust.1),
- 2) wymóg informowania przez świadczeniodawcę Funduszu o umowie zawartej z zakładem ubezpieczeń oraz o jej zakresie (art. 6 ust. 2 i 3),
- 3) wymóg przekazywania przez świadczeniodawców Funduszowi informacji dotyczących list oczekujących prowadzonych na te świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które jednocześnie są przedmiotem umowy z zakładem ubezpieczeń. Umożliwi to

Funduszowi monitorowanie poprawności prowadzenia list oczekujących w szczególności w kontekście realizacji art. 6 ust. 1 (art. 6 ust. 5). Ponadto Fundusz będzie uprawniony do uzyskiwania od świadczeniodawcy informacji o świadczeniach zrealizowanych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, co również pozwoli na monitorowanie realizacji normy z art. 6 ust. 1 (art. 15 pkt 3). Zakres danych gromadzonych i przekazywanych Funduszowi zostanie określony przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 188 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4) sankcje w przypadku naruszenia normy wskazanej w art. 6 ust. 1 (art. 7),

6) zapewnienie Funduszowi możliwości uzyskiwania informacji od zakładu ubezpieczeń m.in. w celu monitorowania realizacji normy wskazanej w art. 6 ust. 1 (art.16 pkt 2),

7) wprowadzenie obowiązku realizacji przez świadczeniodawcę kontraktu podpisanego przez świadczeniodawcę z Funduszem na określonym poziomie (90% w systemie narastającym), jako warunku możliwości udzielania świadczeń w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Celem tego rozwiązania jest zagwarantowanie, że świadczeniodawcy będą realizowali kontrakty zawarte z Funduszem zgodnie z harmonogramem i planem rzeczowo-finansowym ustalonym w momencie podpisywania umowy a do udzielania świadczenia prywatnych będą wykorzystywane wyłącznie wolne zasoby w ilości nie zakontraktowanej przez Fundusz (art. 16 pkt 1),

8) wzmocnienie ochrony praw świadczeniobiorcy – ubezpieczonego, korzystającego z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez wzmocnienie kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Ubezpieczonych (art.14, 16 pkt 1 i art.17).

Z kolei w celu dalszego rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych – co powinno zwiększać dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiać świadczeniodawcom racjonalniejsze zarządzanie zasobami – wprowadzone zostały następujące rozwiązania:

- możliwość obejmowania produktami ubezpieczeniowymi świadczeń medycyny pracy. Należy przy tym zauważyć, że tworząc takie produkty zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany stosować wszystkie określone przepisami prawa (w szczególności Kodeksem Pracy oraz ustawą o służbie medycyny pracy) wymogi dotyczące udzielania świadczeń z zakresu medycyny pracy.(art. 2 pkt 1, art. 3 pkt 5, art. 4 pkt 5 i art. 12),

- wprowadzenie ulgi podatkowej w przypadku zakupu polis dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 11),

- wprowadzenie możliwości finansowania polis dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (art. 13).

Projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Projekt nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

### **1) Podmioty, na które oddziałuje regulacja**

Projektowana ustawa oddziałuje na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz na innych publicznych płatników świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawców, zakłady ubezpieczeń (ubezpieczycieli), a także na świadczeniobiorców.

### **2) Konsultacje społeczne**

Projektowana ustawa została poddana szczegółowym konsultacjom, w szczególności z Polską Izbą Ubezpieczeń, organizacjami zrzeszającymi pacjentów, świadczeniodawców oraz z organizacjami pracodawców, Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337). Wyniki konsultacji zostaną omówione w niniejszej ocenie.

### **3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Skutki finansowe wprowadzanej regulacji dla budżetu państwa mogą wynikać z wprowadzenia w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.) ulgi podatkowej. W roku 2001, ostatnim roku obowiązywania ulgi na odpłatne świadczenia zdrowotne podatnicy odliczyli od podatku dochodowego 163,3 mln zł. Ustawa budżetowa na rok 2001 zakładała kwotę podatku od osób fizycznych 25 619 mln zł. Ustawa budżetowa na rok 2011 zakłada kwotę podatków od osób fizycznych 38,2 mld zł. Traktując ten wzrost kwoty podatków od osób fizycznych, jako wzrost zamożności społeczeństwa wydatki na składki na ubezpieczenie wstępnie można oszacować na ok. 243 mln zł. Różnica między rozwiązaniami obowiązującymi w przepisach w 2001 roku i proponowanych w niniejszej nowelizacji ustawy polega na tym, że w roku 2001 wydatki były odliczone od podatku, a w projekcie ustawy proponowane jest odliczenie od podstawy opodatkowania. W związku z tym, wydatki te zmniejszyłyby podstawę opodatkowania o ok. 243 mln zł, co przy niższym progu podatkowym zmniejszyłoby dochody budżetu państwa o ok. 38 mln zł. Projekt również będzie miał wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Stworzenie, bowiem alternatywnego źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wobec Narodowego Funduszu Zdrowia pozwoli odciążyć publicznego płatnika od finansowania świadczeń stanowiących przedmiot umów dodatkowego ubezpieczenia

zdrowotnego. Z uwagi jednakże na trudność w ocenieniu atrakcyjności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na obecnym etapie nie ma możliwości oszacowania ewentualnych oszczędności dla Funduszu związanych z wprowadzeniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wejście w życie projektowanej ustawy może zmniejszyć wpływy do Narodowego Funduszu Zdrowia z umów dobrowolnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie jest jednak obecnie możliwe oszacowanie tych kosztów, albowiem spadek wpływów z tego tytułu zależeć będzie od popytu i zainteresowania pacjentów produktem ubezpieczeniowym, regulowanym przepisami niniejszej ustawy.

#### **4) Wpływ regulacji na rynek pracy**

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie bezpośrednio na rynek pracy.

#### **5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki, w tym na przedsiębiorczość**

Przyjęcie projektowanej regulacji, w wyniku stworzenia instytucjonalnych ram dla rozwoju sektora dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może zwiększyć konkurencyjność na tym rynku pomiędzy zakładami ubezpieczeń oferującymi produkty ubezpieczeniowe.

#### **6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionalny.

#### **7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia**

Przyjęcie projektowanej regulacji umożliwi w szczególności zwiększenie ochrony świadczeniobiorców korzystających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji rosnącego udziału dodatkowego sektora ochrony i braku regulacji w tym zakresie. Ponadto rozwój rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zwiększy dostępność ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwi świadczeniodawcom racjonalne zarządzanie wolnymi zasobami, a w szczególności tymi, które nie są objęte kontraktowaniem z Funduszem. Regulacje powinny przyczyniać się również do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

#### **8) Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej**

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.