

## USTAWA

z dnia 2011 r.

### o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>

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

**Art. 2.** Określenia użyte w ustawie oznaczają:

- 1) **dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne** – ubezpieczenie, którego zakres może obejmować świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego zapewniane lub finansowane przez zakład ubezpieczeń na zasadach określonych w ustawie oraz świadczenia z zakresu medycyny pracy i inne świadczenia związane z oferowaniem, organizowaniem i wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) **świadczenia opieki zdrowotnej** – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
- 3) **świadczenia z zakresu medycyny pracy** – świadczenia związane z ochroną zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, zapewniane na warunkach określonych w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2004 r., Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.);
- 4) **świadczeniodawca** - podmiot, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach;
- 5) **ustawa o świadczeniach** - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135, z późn. zm);
- 6) **zakład ubezpieczeń** – krajowy zakład ubezpieczeń lub zagraniczny zakład ubezpieczeń, w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 56 z późn. zm.), uprawniony do prowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalności ubezpieczeniowej.

---

<sup>1)</sup> Niniejsza ustawa zmienia: ustawę z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.), ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135, z późn. zm), , ustawę z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2004. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.), ustawę z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 1996 r., Nr 70, poz. 335 z późn. zm.), ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.), ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 oraz Nr 76, poz. 641), ustawę z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.), ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408; tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89).

**Art. 3.** 1. Przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest zobowiązanie pokrycia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej lub zapewnienia udzielenia takich świadczeń osobie lub grupie osób, w zamian za świadczenie pieniężne, którego wysokość ustalana jest w sposób określony w ust. 2 i 3.

2. W przypadku dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego wysokość świadczenia pieniężnego spełnianego w zamian za zobowiązanie pokrycia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej lub zapewnienia udzielenia tych świadczeń jest określana w oparciu o ocenę ryzyka zdrowotnego.

3. W ramach oceny ryzyka zdrowotnego bierze się pod uwagę przewidywaną częstotliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym do tych świadczeń oraz rodzaj, zakres i koszt tych świadczeń, w oparciu o okoliczności takie jak wiek, przebyte choroby lub czynniki niekorzystne dla zdrowia występujące w środowisku pracy osoby lub osób, uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Wysokość świadczenia pieniężnego, o którym mowa w 1, powinna być ustalana w ten sposób, aby możliwe było zaspokojenie wszystkich zobowiązań w zakresie zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej przewidzianych umową, jednakże przy ustalaniu wysokości świadczenia pieniężnego nie mogą być brane pod uwagę czynniki ryzyka zdrowotnego inne niż wiek, przebyte choroby lub czynniki niekorzystne dla zdrowia występujące w środowisku pracy osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W przypadku objęcia dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym świadczeń z zakresu medycyny pracy, świadczenia te są realizowane z zachowaniem zasad wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. 2004 r. Nr 125 poz. 1317).

6. Zapewnianie świadczeń opieki zdrowotnej w zamian za świadczenie pieniężne, którego wysokość ustalana jest na zasadach określonych w ust. 2-4, jest wykonywaniem czynności ubezpieczeniowych w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.), jeżeli:

- 1) świadczenie pieniężne jest płatne jednorazowo albo okresowo niezależnie od tego, czy i w jakim zakresie osoba lub grupa osób będzie korzystała z zapewnianych świadczeń opieki zdrowotnej oraz
- 2) przy przewidywaniu częstotliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich rodzaju lub zakresu – jako podstawy określenia wysokości świadczenia pieniężnego, o którym mowa w punkcie 1) powyżej – uwzględnia się czynniki ryzyka zdrowotnego takie jak wiek, stan zdrowia lub czynniki niekorzystne dla zdrowia występujące w środowisku pracy osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

7. Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne może być oferowane jako ubezpieczenie wypadkowe lub chorobowe, jeśli jest uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4 Działu I albo jako ubezpieczenie wypadku lub ubezpieczenie choroby w Dziale II, o których 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.).

**Art. 4.** 1. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogą być oferowane jedynie przez zakłady ubezpieczeń.

2. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z ubezpieczającym.

3. Umowę dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawiera się na czas określony lub nieokreślony.

4. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest dobrowolne.

5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego może mieć charakter umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności umowy ubezpieczenia grupowego.

6. 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 ubezpieczeniowa.

**Art. 5.** Z uwzględnieniem przepisów innych ustaw ogólne warunki umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego określają również zakres świadczeń ubezpieczeniowych oferowanych w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ze wskazaniem czy świadczenia zakładu ubezpieczeń mają charakter rzeczowy, czy pieniężny.

**Art. 6. 1.** Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest doręczyć ubezpieczającemu ogólne warunki ubezpieczenia najpóźniej w dniu składania wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W przypadku umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego na cudzy rachunek, w szczególności umów ubezpieczeń grupowych, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ubezpieczający obowiązany jest do przekazania ubezpieczonemu ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informacji o zakresie świadczeń dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że informacje te zostały wcześniej przekazane ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń.

3. W umowie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w ust. 2, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rachunek ochrony ubezpieczeniowej.

4. Jeżeli zakład ubezpieczeń posługuje się ogólnymi warunkami ubezpieczenia w postaci elektronicznej, powinien udostępnić je ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczonemu przed wyrażeniem zgody na objęcie dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w taki sposób, aby mógł on warunki te przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

5. Zakład ubezpieczeń może, za zgodą ubezpieczającego albo ubezpieczonego w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, przekazać zawiadomienie i oświadczenia, o których mowa w ustawie za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności poczty elektronicznej.

**Art. 7. 1.** W celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze rzeczowym zakład ubezpieczeń zawiera ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co nie wyłącza możliwości zawierania takich umów ze świadczeniodawcami przez podmioty trzecie działające na rzecz zakładu ubezpieczeń oraz powierzania przez zakład ubezpieczeń organizowania, administrowania lub rozliczania świadczeń dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego podmiotom trzecim, za których działania zakład ubezpieczeń ponosi pełną odpowiedzialność.

2. Jeżeli umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków świadczeniodawcy wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody zakładu ubezpieczeń.

3. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

**Art. 8. 1.** Zakład ubezpieczeń może uzyskać od świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonemu, 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 przebiegu leczenia i przyczynie choroby lub śmierci ubezpieczonego.

2. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację, o której mowa w ust. 1, nie wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rachunek której ma zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Świadczeniodawcy, są zobowiązani przekazać posiadane informacje, o których mowa w ust. 1, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji.

4. Zakład ubezpieczeń może, za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci lub choroby ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

5. 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 art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89 z późn. zm.), informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia oraz informacji koniecznych do ustalenia prawa osoby ubezpieczonej do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w szczególności informacji o przebiegu leczenia i przyczynie choroby lub śmierci ubezpieczonego.

**Art. 9.** 1. Świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z zakładem ubezpieczeń przekazuje raz w miesiącu Narodowemu Funduszowi Zdrowia:

a) listy oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzone zgodnie z wymogami ustawy o świadczeniach;

b) raport z oceny list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzony zgodnie z wymogami ustawy o świadczeniach.

**Art. 10.** 1. Świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierając umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakładem ubezpieczeń zobowiązany jest zapewnić, aby sposób i warunki realizacji umowy z zakładem ubezpieczeń nie naruszały praw pacjentów korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, informuje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakładem ubezpieczeń, wskazując nazwę i siedzibę zakładu, w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany zgłaszać Narodowemu Funduszowi Zdrowia każdą zmianę danych zakładu ubezpieczeń, o których mowa w ust. 2, w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o takiej zmianie. Świadczeniodawca jest również obowiązany zgłaszać Narodowemu Funduszowi Zdrowia rozwiązanie lub wygaśnięcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakładem ubezpieczeń, w terminie 14 dni od zaistnienia takiego zdarzenia, podając jednocześnie datę rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.

**Art. 11.** W zakresie nieuregulowanym w niniejszej ustawie:

- 1) do działalności zakładów ubezpieczeń w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego stosuje się ustawę o z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.);
- 2) do 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.), a w szczególności Księgi trzeciej, tytułu XXVII.

**Art. 12.** W ustawie z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

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

„17a) Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z prowadzoną kontrolą prawidłowości wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135, z późn. zm), świadczących usługi również na rzecz zakładu ubezpieczeń;

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

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

**Art. 13.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 roku, nr 210, poz. 2135, z późn. zm) w art. 188 po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

“2b. Fundusz udostępnia dane osobowe ubezpieczonego, obejmujące również zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych temu ubezpieczonemu, na wniosek zakładu ubezpieczeń, który udziela temu ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. z ..... r. Nr ....., poz. ....). Dane osobowe są udostępniane w celu prowadzenia przez zakład ubezpieczeń kontroli prawidłowości wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców.”.

**Art. 14.** W ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (.tj. Dz. U. z 2004. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

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

„Art. 12. 1. Badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne są wykonywane na podstawie 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 też na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej przez zleceniodawcę z zakładem ubezpieczeń zgodnie z wymogami ustawy z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. z ..... r. Nr ....., poz. ....).”;

2) w art. 12 po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Ilekroć badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne zapewniane są w zamian za świadczenia pieniężne, opłacane jednorazowo lub okresowo, w zryczałtowanej wysokości w szczególności zależnej od przewidywanego zakresu, rodzaju, częstotliwości lub kosztów udzielonych świadczeń, wówczas zapewnienie takich badań lub świadczeń jest możliwe jedynie w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego na zasadach określonych w ustawie z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.

3) art. 13 otrzymuje brzmienie:

„Art. 13. Zleceniodawca, działając w porozumieniu z przedstawicielami pracowników ma prawo wyboru oferty:

- 1) podstawowej jednostki służby medycyny pracy lub
- 2) zakładu ubezpieczeń oferującego dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zapewniane będą badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne.”;

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

„– na podstawie umowy, o której mowa w art. 12, zawartej z podstawową jednostką medycyny pracy lub umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z zakładem ubezpieczeń.”.

**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.) 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, oraz zapewnianie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (z wyłączeniem świadczeń z zakresu medycyny pracy), o których mowa w ustawie z dnia ..... 2010 r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (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 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do przyznawania dopłat z Funduszu, przeznaczonych na finansowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.

**Art. 16.** 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.) 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 praw ubezpieczonych objętych ochroną w ramach umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, regulowanych ustawą z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”

3) po art. 26 dodaje się art. 26a w brzmieniu:

„Art. 26a. 1. W ramach współdziałania z Rzecznikiem Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 20 pkt 5a może być powołana komisja wspólna, składająca się z przedstawicieli Rzecznika i Rzecznika Praw Pacjenta.

2. Na zaproszenie komisji w jej pracach mogą brać udział w szczególności przedstawiciele zakładów ubezpieczeń, przedstawiciele świadczeniodawców oraz organizacji pozarządowych, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta oraz przedstawiciele Polskiej Izby Ubezpieczeń.”.

**Art. 17.** W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 oraz Nr 76, poz. 641) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu (łącznie z podaniem numeru statystycznego rozpoznania ustalonego według aktualnej wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych), proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.

2) w art. 47 w ust. 1 po pkt 10 dodaje pkt 10a i 10b w brzmieniu:

„10a) stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów wynikających lub związanych z umowami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego regulowanych ustawą z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...), a w szczególności poprzez organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów;

10b) współdziałanie z Rzecznikiem Ubezpieczonych w zakresie ochrony praw ubezpieczonych objętych ochroną w ramach umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, regulowanych ustawą z dnia ..... o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr ..., poz. ...), w szczególności



poprzez stworzenie komisji o której mowa w art. 26a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.);”.

**Art. 18.** W ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.) zapis art. 103 ust. 2 pkt 4a przyjmuje następujące brzmienie:

„apteka przekazuje, z wyłączeniem Inspekcji Farmaceutycznej, Narodowego Funduszu Zdrowia i zakładu ubezpieczeń, dane umożliwiające identyfikację indywidualnego pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy;”

**Art. 19.** W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408; tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 54 ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) z odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeń zdrowotnych, świadczeń towarzyszących i rzeczowych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;”

2) do art. 54 dodaje się ust. 2c, w brzmieniu:

„2c. Umowy, o których mowa w ust. 2b mogą być realizowane przez te same zasoby samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, co umowy o świadczenie usług zdrowotnych zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia, o ile nie ograniczy to realizacji umów zawartych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.”

**Art. 20.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.