

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA FINANSÓW¹⁾**

z dnia 2011 r.

**w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu
wykonującego działalność leczniczą**

Na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „ubezpieczeniem OC”, oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia.

§ 2. 1. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;

2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;

3) polegających na zapłacie kar umownych;

4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

3. Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

4. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

¹⁾ Minister Finansów kieruje działem administracji rządowej - instytucje finansowe, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. Nr 248, poz. 1481).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092.

§ 3. 1. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych:

1) 100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwanej dalej „ustawą”, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy;

2) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt 1 lit. b i pkt 2 ustawy;

3) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

4) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;

5) 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

6) 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.

2. Jeżeli dany podmiot wykonujący działalność leczniczą wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej albo wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie, wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej.

3. Kwoty, o których mowa w ust. 1, są ustalane przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

§ 4. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, a okres, na który została zawarta, upływa po dniu wejścia w życie rozporządzenia, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.³⁾

W porozumieniu:
MINISTER ZDROWIA

MINISTER FINANSÓW

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10) oraz rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 515), które tracą moc z dniem 1 stycznia 2012 r. na podstawie art. 221 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

UZASADNIENIE

Przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092), zwanej dalej „ustawą”, w art. 25 ust. 5 wprowadziły upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw instytucji finansowych, który w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 ustawy, oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę rodzaje działalności leczniczej i rodzaje podmiotów wykonujących tę działalność. Jednocześnie, art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy stanowi, iż umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Projektowane rozporządzenie zastąpi obecnie obowiązujące rozporządzenia Ministra Finansów z dnia:

- 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10),
- 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 515).

Wydanie przedmiotowego rozporządzenia będzie stanowiło wypełnienie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 25 ust. 5 ustawy.

Zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1 ustawy podmiotami leczniczymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654),
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 6) kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe

- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Projektowane rozporządzenie ma za zadanie określić wysokość minimalnych sum gwarancyjnych w stosunku do wszystkich podmiotów, o których mowa w art. 5 ust. 2 oraz art. 4 ust. 1 ustawy, biorąc pod uwagę wytyczne wskazane w upoważnieniu ustawowym tj. rodzaje działalności leczniczej i formę jej prowadzenia (art. 25 ust. 5 ustawy *in fine*). Przy różnicowaniu minimalnych sum gwarancyjnych, ze względu na rodzaj działalności leczniczej oparto się na przepisie art. 8 ustawy, który stanowi, iż rodzajami działalności leczniczej są:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne:
 - a) szpitalne,
 - b) inne niż szpitalne;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Podział ten jest wzięty pod uwagę w § 3 ust. 1 pkt 1 i 2 projektu.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W art. 5 ust. 2 ustawy znajduje się wskazanie, iż działalność lecznicza:

1) lekarzy może być wykonywana w formie:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,

2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek

- zwanych dalej „praktykami zawodowymi”.

W związku z brzmieniem ww. przepisów projektowane rozporządzenie w § 3 ust. 1 pkt 3-6 określa minimalne sumy gwarancyjne dla podmiotów, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy.

Zgodnie z § 2 ust. 1 projektu, ubezpieczeniem OC objęta jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W związku z powyższym ubezpieczenie OC, które obowiązany będzie posiadać podmiot prowadzący działalność leczniczą nie będzie obejmowało zdarzeń ubezpieczeniowych mających miejsce za granicą RP, z uwagi na fakt, iż lekarz wyjeżdżający za granicę i świadczący tam usługi medyczne w ramach indywidualnego kontraktu podlega przepisom prawnym państwa, w którym się znajduje. Z pewnością, nie będzie on w takiej sytuacji traktowany jako podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej, ale jako lekarz świadczący usługi medyczne na zasadach uznania kwalifikacji zawodowych — w ramach Unii Europejskiej na podstawie Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Powyższe wynika ze stanowiska Ministra Zdrowia w tej sprawie przekazanego Ministerstwu Finansów pismem z dnia 20 lipca 2011 r., znak MZ-OZZ-022-25283-2/EW/11. W związku z powyższym ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnoprawnej, które obowiązany jest posiadać podmiot prowadzący działalność leczniczą, nie obejmie sytuacji mających miejsce za granicą. Nie wyklucza to możliwości zawarcia z polskim ubezpieczycielem odrębnej umowy ubezpieczenia, która pokryje ewentualne roszczenia wynikłe ze świadczenia usług za granicą.

Zgodnie z brzmieniem § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ubezpieczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143) zabiegi chirurgii plastycznej lub zabiegi kosmetyczne są świadczeniami gwarantowanymi określonymi w części I załącznika nr 1 ww. rozporządzenia wyłącznie, jeżeli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. W związku z powyższym projekt rozporządzenia w § 2 ust. 3 wprowadza przepis, zgodnie z którym ubezpieczenie OC będzie obejmowało szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Z powyższego wynika, iż umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC nie będzie obejmowała skutków błędu medycznego popełnionego w przypadku udzielania świadczenia medycznego z zakresu chirurgii plastycznej przeprowadzonego wyłącznie w celu estetycznym, tj. takim, który nie był następstwem okoliczności, o których mowa powyżej.

Proponuje się podwyższenie, w stosunku do obecnego stanu prawnego, aktualnie obowiązujących wysokości minimalnych sum gwarancyjnych. Wynika to z analizy wyroków wydawanych przez sądy powszechne w zakresie orzekania w sprawach odszkodowania i zadośćuczynienia lub renty z tytułu błędu lekarskiego skutkującego odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Należy wskazać, iż niejednokrotnie obecnie obowiązujące sumy gwarancyjne są niewystarczające, aby pokryć zasądzoną kwotę. Wysokości minimalnych sum gwarancyjnych uzależniono również od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 8 ustawy o działalności leczniczej, co stanowi wypełnienie wytycznej do delegacji ustawowej.

Jednocześnie, mając na uwadze stanowisko Ministra Zdrowia, obniżono — w stosunku do wcześniejszych propozycji — wysokości minimalnych sum gwarancyjnych, w odniesieniu do podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej, podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą, o

której mowa w art. 8 pkt 1 lit. b i pkt 2 ustawy o działalności leczniczej oraz lekarskich praktyk zawodowych i spółek osobowych. Wysokość minimalnych sum gwarancyjnych określono na poziomie odpowiednio 100 tys. euro na jedno zdarzenie i 500 tys. euro na wszystkie zdarzenia (§3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia) oraz 75 tys. euro na jedno zdarzenie i 350 tys. euro na wszystkie zdarzenia (§3 ust. 1 pkt 2-4 rozporządzenia). Minister Zdrowia wskazał, zgadzając się co do zasady z argumentami przemawiającymi za koniecznością podnoszenia sum gwarancyjnych, że proces ten powinien przebiegać stopniowo, w szczególności bez skokowego wzrostu kosztów obsługi ubezpieczenia OC dla podmiotów prowadzących działalność medyczną. Ponadto, w opinii Ministra Zdrowia, konieczność finansowania kosztów ubezpieczenia na podwyższonym poziomie może mieć negatywny wpływ na finansowanie inwestycji zwiększających jakość usług zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjenta.

Rozporządzenie określa również sytuację, gdy dany podmiot wykonujący działalność leczniczą wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej albo wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie. W takim przypadku wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu będzie stanowić równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej.

W § 4 projektu zostały wprowadzone przepisy przejściowe. Zgodnie z § 4 projektu jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, a okres, na który została zawarta, upływa po dniu wejścia w życie rozporządzenia, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

Przepisy projektowanego rozporządzenia będą wchodziły w życie dnia 1 stycznia 2012 r. – taki termin podyktowany jest regulacjami ujętymi w art. 221 ustawy o działalności leczniczej.

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został zamieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Finansów oraz na podstawie § 11a Uchwały Nr 49 Rady Ministrów Regulamin Pracy Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. (MP. Nr 13, poz. 221) na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji – zakładka *Rządowy proces legislacyjny*.

Zawarte w projekcie regulacje nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), dlatego też projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny.

Projektowany akt normatywny będzie oddziaływał w głównej mierze na podmioty wykonujące działalność leczniczą. Należy jednak wskazać, iż brak jest analiz dotyczących wpływu zmiany wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej na koszty prowadzenia działalności.

Regulacje będą miały również wpływ na zakłady ubezpieczeń, które będą zawierały umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji.

W związku z prowadzonymi konsultacjami społecznymi projekt został rozesłany do przedstawicieli rynku ubezpieczeń reprezentowanego przez Polską Izbę Ubezpieczeń, Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Polską Izbę Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, z organem właściwym w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym - Komisją Nadzoru Finansowego, Rzecznikiem Ubezpieczonych. Ponadto w ramach konsultacji społecznych projekt został przesłany do Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

W wyniku przeprowadzonych konsultacji społecznych uwzględniona została uwaga Polskiej Izby Ubezpieczeń (analogiczną uwagę zgłosiła Komisja Nadzoru Finansowego) dotycząca § 2 ust. 1 projektu, określającego tzw. *trigger* ubezpieczeniowy. Przyjęto, iż ubezpieczeniem OC będzie objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Tym samym wypadek ubezpieczeniowy został zdefiniowany jako *trigger act committed*, zamiast *loss occurrence*. Jest to zgodne z rozwiązaniem zawartym w art. 9a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Uwzględniona została również uwaga Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wskazująca na to, iż w § 3 ust. 1 należy po wyrazie „pielęgniarki” dodać wyraz „położnej”. Analogiczna uwaga zgłoszona przez Naczelną Radę Lekarską w odniesieniu do „lekarza dentystry” także została uwzględniona.

Została uwzględniona uwaga Polskiej Izby Ubezpieczeń wskazująca na to, iż zróżnicowanie wysokości minimalnych sum gwarancyjnych powinno być uzależnione również od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 8 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto uwzględniono uwagę Rzecznika Ubezpieczonych, aby wysokość minimalnych sum gwarancyjnych odnosiła się do umów ubezpieczenia zawieranych na okres 12 miesięcy.

3. Przedstawienie wyników analizy wpływu aktu normatywnego w szczególności na:

- sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego:

Projekt zakłada podwyższenie minimalnych sum gwarancyjnych, co może wpływać na wysokość składki ubezpieczeniowej. Niezależnie od tego koszty opłaty składki ubezpieczeniowej zostaną pokryte w ramach limitu przewidzianego w planach finansowych danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Należy podkreślić, iż wysokość minimalnych sum gwarancyjnych nie jest jedyną zmienną braną pod uwagę przy ustalaniu wysokości składki ubezpieczeniowej, którą to podmiot leczniczy będzie zobowiązany zapłacić zakładowi ubezpieczeń w zamian za świadczoną ochronę. Firmy funkcjonujące na rynku konkurują bowiem o klienta i to one - zgodnie z regulacjami ustawowymi oraz prawem wspólnotowym - mają wyłączne prawo do ustalania wysokości składek w oparciu o dostępne im narzędzia taryfikacyjne. Do oszacowania wysokości składki branych jest pod uwagę wiele czynników, np. wielkość czy też strategiczność klienta, jego dotychczasowa szkodowość lub jej brak, koszty obsługi ubezpieczenia. Należy podkreślić, iż sposób ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych jest *know how* danego ubezpieczyciela i ustalenie przez regulatora rynku różnicy w wysokości składek przed i po wejściu w życie rozporządzenia jest niemożliwe. Z powyższych powodów nie jest również możliwe oszacowanie potencjalnego wpływu projektowanej regulacji na sytuację finansową zakładów ubezpieczeń oraz ceny świadczeń zdrowotnych.

- rynek pracy:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje żadnych istotnych zmian na rynku pracy.

- konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczości, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje zmian w żadnej dziedzinie.

- sytuację i rozwój regionalny:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje żadnych istotnych zmian w tej dziedzinie.

4. Wskazanie źródeł finansowania.

Wydatki związane z zawarciem umów obowiązkowego ubezpieczenia, będą ponoszone przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą.

5. Opinia o zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej.

Proponowane regulacje nie pozostają w kolizji z przepisami obowiązującymi w Unii Europejskiej.