

projekt

**ROZPORZĄDZENIE
PREZESA RADY MINISTRÓW**

z dnia 2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie dodatku zagranicznego i świadczeń przysługujących członkom służby zagranicznej wykonującym obowiązki służbowe w placówce zagranicznej.

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o służbie zagranicznej (Dz. U. Nr 128, poz. 1403, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dodatku zagranicznego i świadczeń przysługujących członkom służby zagranicznej wykonującym obowiązki służbowe w placówce zagranicznej (Dz. U. Nr 239, poz. 2048, z 2004 r. Nr 50, poz. 480 oraz z 2005 r. Nr 122, poz. 1026) w § 15 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. W przypadkach, gdy w państwie przyjmującym:

1) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących członkowi służby zagranicznej oraz członkom jego rodziny przebywającym z nim w państwie przyjmującym, w tym także ubezpieczonym zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jest znacznie utrudniony;

2) jakość dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej nie odpowiada wysokości kosztów leczenia podlegających zwrotowi;

- zwrot uzasadnionych i udokumentowanych kosztów leczenia członka służby zagranicznej oraz członków jego rodziny przebywających z nim w państwie przyjmującym może obejmować opłaty, w tym składki, z tytułu:

a) zawarcia przez pracodawcę indywidualnej albo zbiorowej umowy ubezpieczenia zdrowotnego z ubezpieczycielem świadczącym usługi ubezpieczenia w państwie przyjmującym, a w przypadku braku takiego – w innym państwie, na rzecz ubezpieczonego – członka służby zagranicznej oraz członków jego rodziny przebywających z nim w państwie przyjmującym, gwarantującej świadczenia medyczne w zakresie nie większym, niż określony w ust. 1,

b) zawarcia przez pracodawcę indywidualnej albo zbiorowej umowy o świadczenie usług medycznych z usługodawcą świadczącym usługi medyczne w państwie przyjmującym, a w przypadku braku takiego – w innym państwie na rzecz członka służby zagranicznej oraz

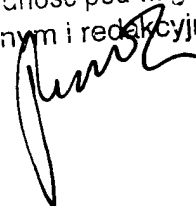
¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 i 1218, Nr 220, poz. 1600, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 161, poz. 1277.

członków jego rodziny przebywających z nim w państwie przyjmującym, gwarantującej świadczenia medyczne w zakresie nie większym, niż określony w ust. 1,
c) zawarcia, za zgodą pracodawcy, przez członka służby zagranicznej umowy ubezpieczenia zdrowotnego z ubezpieczycielem świadczącym usługi ubezpieczenia w państwie przyjmującym na swoją rzecz i członków jego rodziny przebywających z nim w państwie przyjmującym, gwarantującej świadczenia medyczne w zakresie nie większym, niż określony w ust. 1.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

PREZES RADY MINISTRÓW

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym



Uzasadnienie

I. Podstawa prawna.

Podstawą do wydania projektowanej nowelizacji jest art. 30 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o służbie zagranicznej, który upoważnia Prezesa Rady Ministrów do określenia m. in. rodzajów, wysokości, trybu i szczegółowych zasad przyznawania świadczeń przysługujących członkom służby zagranicznej. Zakres projektowanych rozwiązań jest zgodny z zakresem upoważnienia ustawowego.

II. Obecny stan prawny.

W chwili obecnej problematykę odpłatności za leczenie członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej reguluje § 15 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dodatku zagranicznego i świadczeń przysługujących członkom służby zagranicznej wykonującym obowiązki służbowe w placówce zagranicznej. Konstrukcja tego szczególnego uprawnienia przysługującego członkom służby zagranicznej zakłada, że zwrot kosztów leczenia poniesionych przez członka służby zagranicznej jest obowiązkiem pracodawcy. Rozwiązanie to zostało przyjęte w trakcie prac nad aktami wykonawczymi do ustawy o służbie zagranicznej w 2002 r. i opierało się o rozwiązania stosowane w latach ubiegłych.

Po przystąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej sytuacja prawna członków służby zagranicznej zatrudnionych na placówkach zagranicznych położonych w państwach członkowskich UE i EFTA uległa zmianie. Zgodnie z wiążącym Rzeczpospolitą Polską rozporządzeniem Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. członkowie służby zagranicznej zamieszkali na terenie państw Unii Europejskiej i EFTA korzystają z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ z ww. rozporządzenia Rady (EWG) wynika obowiązek wzajemnego honorowania przez państwa UE i EFTA uprawnień ich obywateli do korzystania z zakładów publicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisami prawa europejskiego członkowie służby zagranicznej zamieszkali na terytorium Wspólnoty Europejskiej dokumentują uprawnienia do korzystania z publicznej służby zdrowia w państwie przyjmującym przy pomocy formularzy E-111 oraz E-106.

III. Potrzeba wydania aktu, omówienie zasadniczych rozwiązań projektu.

Wychodząc z założenia, że ochrona zdrowotna pracowników placówek dyplomatycznych oraz członków ich rodzin jest w niektórych państwach przyjmujących niewystarczająca oraz realizując konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia oraz obowiązek władz publicznych zapewnienia obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej), konieczna jest zmiana aktualnej sytuacji prawnej członków służby zagranicznej oraz członków ich rodzin w zakresie umożliwienia im korzystania z opieki zdrowotnej w trakcie pełnienia misji poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

W państwach, w których członkowie służby zagranicznej wraz z rodzinami wykonują obowiązki służbowe występują zróżnicowane systemy opieki medycznej, niejednokrotnie odznaczające się istotnymi mankamentami systemowymi. Na różnorodność stosowanych rozwiązań nakłada się także istotna różnica w jakości usług medycznych pomiędzy państwami przyjmującymi oraz różnice w dostępności do określonych świadczeń. W wielu państwach przyjmujących poważnym problemem jest bardzo niska jakość usług medycznych. Dla przykładu, w Federalnej Republice Nigerii lub Republice Południowej Afryki – zmienny jest brak odpowiedniej opieki lekarskiej nawet w przypadku powszechnie występujących dolegliwości, utrudniony dostęp do atestowanych lekarstw, bardzo niski poziom opieki w szpitalach. W Hiszpanii, Portugalii lub Włoszech daje się zauważyć brak odpowiednich specjalistów, a oczekiwanie na badania szpitalne może trwać około jednego roku.

W niektórych państwach, takich jak Koreańska Republika Ludowo-Demokratyczna, Angola lub Republika Mongolii z uwagi na katastrofalny stan bądź brak systemu gwarantowanej opieki medycznej, jedyną praktycznie możliwością skorzystania z prawa do opieki medycznej, także w sytuacjach nagłych, jest wyjazd do szpitala do innego państwa.

Poniższe przykłady ilustrują dogłębniej skalę i istotę problemów związanych z dostępnością świadczeń opieki zdrowotnej w niektórych państwach przyjmujących:

1. W stolicy Federalnej Republiki Nigerii, Abudży nie ma placówek opieki zdrowotnej spełniającej nawet minimalne standardy europejskie. Lekarze nie mają możliwości stosowania nowoczesnych metod diagnostycznych czy wykonywania bardziej zaawansowanych badań laboratoryjnych. Jedyna klinika zatrudniająca europejskich lekarzy dysponuje przestarzałym sprzętem, wykonuje jedynie podstawowe badania laboratoryjne. Nie ma możliwości wykonywania posiewów, oznaczania poziomu hormonów, nie mówiąc o bardziej zaawansowanych badaniach. Apteki pozyskują lekarstwa w znacznej mierze zupełnie poza kontrolą instytucji państwowych. Leki przechowywane są w niewłaściwych warunkach – w większości aptek nie ma sprawnie działającej całodobowej klimatyzacji, częste przerwy w dostawie prądu uniemożliwiają właściwe przechowywanie leków, czy szczepionek w stałej temperaturze w lodówkach. Wielu lekarzy, sami wyrażają wątpliwości, co do jakości i autentyczności stosowanych przez nich leków.

W Nigerii powszechne są zarażenia tyfusem, salmonellozami, żółtaczkami, HIV, meningokokowym zapaleniem opon mózgowych, polio, cholerą i innymi chorobami zakaźnymi oraz malarią. W miejscowych warunkach, słabej opieki medycznej, nieskutecznych lekarstw i braku stosownych metod diagnostycznych ryzyko ciężkich zakażeń i powikłań jest bardzo wysokie. Sytuacja ta, w połączeniu z brakiem możliwości prawidłowej hospitalizacji w przypadku ciężkiej choroby uniemożliwiającej ewakuację do Europy (ok. 6-8 godzin lotu do Amsterdamu lub Frankfurtu) naraża na ryzyko nie tylko zdrowie, ale i życie członków służby zagranicznej oraz ich rodzin.

2. Republika Południowej Afryki - możliwość skorzystania z opieki w państwowych placówkach zdrowia praktycznie nie istnieje, ponieważ nie spełnia ona nawet minimalnych europejskich standardów. Zauważalne są fatalne warunki sanitarno - higieniczne, wrogie nastawienie do ludności innej niż rdzenna, kradzieże w szpitalach, trudności z dostaniem się do szpitala, brak zadawalającej diagnostyki, brak wykwalifikowanych specjalistów.

Z kolei i w prywatnych południowoafrykańskich placówkach zdrowia powszechnie stosowany jest system ubezpieczeń oferujący szeroki pakiet diagnostyczno leczniczy na dobrym poziomie. System ten zapewnia szybką i fachową pomoc w razie wypadków komunikacyjnych, leczenia szpitalnego, specjalistycznego oraz ambulatoryjnego. Około 90% nierdzennych mieszkańców Pretorii korzysta z takiej formy leczenia. Celowe jest ubezpieczenie pracowników od kosztów leczenia szpitalnego.

3. Algierska Republika Ludowo-Demokratyczna - podstawowe i specjalistyczne usługi medyczne są wykonywane na bardzo niskim poziomie, na przykład nie stosowane są zabiegi laparoskopii. Praktycznie wszystkie skomplikowane zabiegi i interwencje chirurgiczne, a także stomatologiczne muszą być wykonywane w Polsce. W związku z powyższym, pracownicy placówki muszą regularnie podróżować w sprawach zdrowotnych do kraju na własny koszt.

4. Stany Zjednoczone - specyfika systemu medycznego polega między innymi na tym, że pacjenci, którzy nie są ubezpieczeni płacą za usługi medyczne maksymalnie wysokie stawki. Często całkowite koszty leczenia, szczególnie w bardziej skomplikowanych przypadkach wymagających wizyty w szpitalu, znane są dopiero po kilku tygodniach, kiedy podsumowane są łączne koszty wykorzystania sprzętu medycznego, materiałów oraz pracy lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów. Utrudnieniem jest też powszechny brak cennika usług medycznych. Stąd nie należy do rzadkości sytuacja kiedy okazuje się, że nawet po uzyskaniu informacji od zakładu medycznego na temat wysokości kosztów ostateczny rachunek opiewa na znacznie wyższą sumę niż wstępnie zakładano.

5. Portugalia, Hiszpania - W nagłych sytuacjach jedyną dostępną formą uzyskania fachowej pomocy jest korzystanie z kosztownej opieki niepublicznej. Poziom niektórych szpitali państwowych jest dramatyczny (w ubiegłym roku szpital Santa Maria w Lizbonie w wyniku błędu lekarskiego podał nieprawidłowe leki pacjentom, co skutkowało utratą wzroku).

Oczekiwanie na wizytę u lekarza specjalisty wynosi około kilku miesięcy. Według rankingu Euro Health Consumer Indeks oceniającym jakość systemów opieki zdrowotnych w 33 krajach europejskich, w piątej już opublikowanej edycji tego rankingu, Portugalia znalazła się na 21 miejscu otrzymując 632 punktów na 1000 możliwych. Portugalia jest krajem jednym z najgorszych wyników pod względem czasu oczekiwania na leczenie (wynik 80 punktów dla Portugalii, podczas gdy w takich krajach jak Niemcy, Albania, Belgia czas oczekiwania jest najkrótszy – przyznano 187 punktów).

Na podstawie zgromadzonych informacji ustalono, iż pracownicy placówek wielu państw europejskich nie korzystają z usług publicznej służby zdrowia. Dla przykładu w Hiszpanii pracownicy misji Niemiec, Belgii, Szwajcarii posiadają specjalne ubezpieczenia, które uprawniają ich do korzystania z prywatnej opieki lekarskiej. Polisa jest opłacana przez pracodawcę, często w kraju, z którego są delegowani.

Są to tylko wybrane przykłady przedstawiające ogólnie sytuację dotyczącą opieki medycznej w wybranych państwach na świecie.

Proponowanym sposobem poprawy tej trudnej sytuacji jest wprowadzenie możliwości zawarcia przez pracodawcę indywidualnej lub zbiorowej umowy ubezpieczenia albo

indywidualnej lub zbiorowej umowy o świadczenie usług medycznych z usługodawcą świadczącym usługi medyczne dla osób przebywających w krajach, gdzie występują szczególne warunki lub gdzie dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest znaczenie utrudniony. Umożliwi to, nawet przy przypadku braku ubezpieczyciela w kraju przyjmującym (np. Korea Północna) podpisanie polisy w innym państwie. Takie rozwiązania są szeroko stosowane przez państwa członkowskie Unii Europejskiej wobec pracowników służby dyplomatyczno – konsularnej.

Należy też odnotować istotny walor proponowanych rozwiązań polegający na zwiększeniu kontroli nad korzystaniem z usług medycznych przez podmioty zewnętrzne. W przypadku zawarcia umów ubezpieczenia bądź umów o świadczenia zdrowotne nie tylko pracodawca, ale i firma miejscowa dokonywałaby analizy celowości i wysokości ponoszonych kosztów z tytułu zapewnienia świadczeń medycznych osobom uprawnionym.

Należy także podkreślić, iż w przypadku skorzystania z opcji zawarcia umowy zbiorowej, obejmującej pracowników placówki zagranicznej i członków ich rodzin możliwe jest wynegocjowanie atrakcyjnych warunków ubezpieczenia zbiorowego w danym kraju. Według badań rynku tego typu usług przeprowadzonych w niektórych państwach przyjmujących koszt polisy w ubezpieczeniu zbiorowym obniża się średnio o 50%.

IV. Uzgodnienia projektu.

Projekt rozporządzenia zostanie uzgodniony z członkami Rady Ministrów, oraz stosownie do art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych zostanie przedłożony do opinii organizacji związkowych reprezentatywnych w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz. U. Nr 100, poz. 1080). Projekt zostanie także dodatkowo przedłożony do opinii działającej w Ministerstwie Spraw Zagranicznych Komisji Zakładowej Nr 2878 NSZZ Solidarność Pracowników Służby Zagranicznej RP.

V. Ocena skutków regulacji projektu rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie dodatku zagranicznego i świadczeń przysługujących członkom służby zagranicznej wykonującym obowiązki służbowe w placówce zagranicznej.

1. Podmioty, na które akt oddziałuje:

Projektowane rozporządzenie dotyczy członków służby zagranicznej wykonujących obowiązki służbowe w placówkach zagranicznych.

2. Obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych:

Projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z art. 5 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). Stosownie do art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych został przedłożony do opinii organizacji związkowych reprezentatywnych w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz. U. Nr 100, poz.

1080) oraz działającej w Ministerstwie Spraw Zagranicznych Komisji Zakładowej Nr 2878 NSZZ Solidarność Pracowników Służby Zagranicznej RP – uwag nie zgłoszono ani nie odnotowano zgłoszeń podmiotów zainteresowanych pracami nad projektem.

3. Wpływ aktu na sektor finansów publicznych:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje konieczności zwiększenia środków budżetowych w części 45 (Sprawy zagraniczne i członkostwo Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej). W wyniku przeprowadzonego rozeznania rynku usług ubezpieczeniowych w wybranych państwach przyjmujących zakłada się, że koszt składek z tytułu zawarcia umów określonych w projektowanym rozwiązaniu będzie pokryty ze środków planowanych na pokrycie kosztów leczenia członków służby zagranicznej i członków ich rodzin, który w 2009 roku wyniósł 5, 65 mln PLN. Z uwagi na to, że projektowane rozwiązania mają fakultatywny charakter zakłada się, że ich wdrożenie będzie następowało stopniowo, po dokładnej analizie i konkurencyjnym porównaniu ofert dostępnych na miejscowym rynku.

Zmiany proponowane w przedmiotowym projekcie rozporządzenia poprzedzone zostały dogłębną analizą problemu w ministerstwie, jak i poddane bardzo szerokim konsultacjom z kierownikami placówek zagranicznych tak, by w pełni wykorzystać doświadczenia zdobyte w tej materii.

Zakłada się, że z proponowanych rozwiązań – w pierwszym roku stosowania nowych regulacji – korzystałoby, około 10 %, czyli 300 – 400 członków służby zagranicznej (oraz ich rodzin) wykonujących obowiązki służbowe w placówkach zagranicznych.

W przypadku skorzystania z opcji zawarcia umowy zbiorowej, obejmującej pracowników placówki zagranicznej i członków ich rodzin możliwe jest wynegocjowanie atrakcyjnych warunków ubezpieczenia zbiorowego w danym kraju. Według badań rynku tego typu usług przeprowadzonych w niektórych państwach przyjmujących koszt polisy w ubezpieczeniu zbiorowym obniża się średnio o 50%.

4. Wpływ aktu na rynek pracy:

Brak wpływu.

5. Wpływ aktu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw:

Brak wpływu.

6. Wpływ aktu na sytuację i rozwój regionalny:

Brak wpływu.

Ocena pod względem zgodności z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiotowe rozporządzenie nie jest sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.