

USTAWA

z dnia 2006 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹⁾ wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 14 dodaje się art. 14a w brzmieniu:

„Art. 14a. 1. Wobec osoby, która popełniła umyślne przestępstwo lub wykroczenie, stwierdzone prawomocnym wyrokiem albo prawomocnym mandatem karnym, którego skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, podmiotowi temu przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych w tym zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Dochodzenie przez Fundusz roszczenia, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy przypadków, w których konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i jednocześnie zachodzą przesłanki uzasadniające odpowiedzialność posiadacza pojazdu mechanicznego, który zgodnie z odrębnymi przepisami ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154 i Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1030, Nr 169, poz. 1411 i Nr 170, poz. 1217 i Nr 191, poz. 14.

posiadaczy pojazdów mechanicznych, a koszty tych świadczeń zostały pokryte ze środków, o których mowa w art. 116 ust.1 pkt 7a.

3. Wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, której skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej będących następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i jednocześnie nie zachodzą przesłanki, o których mowa w ust. 1 i 2, Funduszowi przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych w tym zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1 albo 3, nie przysługuje z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych sprawcy zdarzeń określonych w tych przepisach.”;

2) w art. 97 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, z wyjątkiem kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a.”;

3) w art. 116 w ust. 1 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;”;

4) w art. 117 w ust. 1 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14a ust. 2;”;

5) w art. 118 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:

1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:

- a) kosztów finansowania działalności centrali,
- b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
- c) rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a;

2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;

3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.”;

6) art. 124 otrzymuje brzmienie:

„Art. 124. 1. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.

2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1-4 stosuje się odpowiednio.

3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

7. Prezes Funduszu podejmuje decyzje o uruchomieniu rezerw, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i lit. c, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1-3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118.

9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4-7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.

10. W przypadku, gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest wyższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnica jest pokrywana z rezerwy ogólnej Funduszu.

11. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest niższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnicę przeznacza się na powiększenie wysokości tej rezerwy w następnym roku obrotowym.”;

7) art. 129 otrzymuje brzmienie:

„Art. 129. 1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznacza się na:

- 1) pokrycie strat z lat ubiegłych;
- 2) fundusz zapasowy.

2. O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.

3. W przypadku przyjęcia przez Radę Funduszu uchwały przewidującej przeznaczenie zysku netto za dany rok obrotowy na fundusz zapasowy, Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego Funduszu na rok, w którym dokonuje się podziału zysku, przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę nie większą niż

wysokość zysku netto za dany rok obrotowy przeznaczonego na fundusz zapasowy.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oraz w przypadku przeznaczenia części rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, zgodnie z art. 124 ust. 11, przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.

5. Przy zmianie planu finansowego Funduszu, o której mowa w ust. 3, przy ustaleniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.

6. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i ust. 5 oraz środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu przy uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.”;

8) po art. 131 dodaje się art. 131a w brzmieniu:

„Art. 131a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Finansowego oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14a ust. 2, uwzględniając wysokość tych kosztów, wysokość przypisu składek brutto z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz wysokość wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

2. Wysokość wskaźnika, o którym mowa w ust. 1, określana jest corocznie, w terminie do 30 września, i ma zastosowanie w roku następnym.

3. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 1, jest ilorazem wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14a ust. 2, oraz sumy wysokości przypisu składek brutto, z tytułu umów obowiązkowego

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i wysokości wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, prognozowanych na rok następny.

4. Na wniosek Funduszu, nie częściej, niż co miesiąc, Policja przekazuje Funduszowi odpłatnie, uwzględniając rzeczywiste koszty przekazania, informacje odrębne dla każdego zdarzenia o:

1) osobach poszkodowanych na skutek zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych obejmujące dla każdej osoby: imię i nazwisko, imię ojca oraz numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL - datę urodzenia i obywatelstwo;

2) sprawcach zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych obejmujących dla każdej osoby imię i nazwisko, imię ojca oraz numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL - datę urodzenia i obywatelstwo;

3) tym, czy sprawcą zdarzenia zaistniałego w związku z ruchem pojazdów mechanicznych była osoba kierująca pojazdem mechanicznym czy inna osoba;

4) dacie i miejscu zdarzenia zaistniałego w związku z ruchem pojazdów mechanicznych.

5. Jeżeli jest to konieczne dla ustalenia uczestników lub sprawcy zdarzenia, na zasadach i w zakresie określonym w ust. 4 Fundusz może się zwrócić o udzielenie informacji również do Krajowego Rejestru Karnego, sądu lub innego organu prowadzącego postępowanie w sprawie wypadku drogowego.”;

9) po art. 136 dodaje się art. 136a w brzmieniu:

„Art. 136a. Kwota, o której mowa w art. 136 pkt 5, nie zawiera zobowiązań z tytułu kosztów pokrywanych z rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli

Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 43 dodaje się art. 43a w brzmieniu:

„Art. 43a. 1. Zakłady ubezpieczeń wykonujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przekazują do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości przypisu składki brutto za dany miesiąc z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) informację o wysokości przypisu składek brutto, o których mowa w pkt 1.

2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie, w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.”;

2) po art. 119 dodaje się art. 119a w brzmieniu:

„Art. 119 a. 1. Fundusz przekazuje do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości wpływów za dany miesiąc z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, oraz wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) informację o wysokości wpływów, o których mowa w pkt 1.

2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie, w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.”.

Art. 3. Przepisy ustawy stosuje się do umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartych po dniu jej wejścia w życie.

Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 26, poz. 225, Nr 96, poz. 959, Nr 141, poz. 1492, Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2778, z 2005 r. Nr 167, poz. 1396 oraz z 2006 r. Nr 157, poz. 1119.

Art. 4. 1. W roku 2007:

- 1) wysokość wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, ustala się na poziomie 0,12;
- 2) wysokość środków finansowych otrzymywanych przez świadczeniodawcę z rezerwy wymienionej w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, ustala się uwzględniając: wysokość tej rezerwy, wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej będących następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, poniesionych przez świadczeniodawcę oraz łączną wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej będących następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, poniesionych przez świadczeniodawców;
- 3) do wyliczenia wysokości opłaty ryczałtowej, o której mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 i art. 119a ust. 1 pkt 1 ustawy, o której mowa w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się wysokość wskaźnika ustalonego w pkt 1.

2. Wysokość wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy wymienionej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na rok 2008 określa się w terminie do dnia 30 listopada 2007 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2007 r.

UZASADNIENIE

Przedmiotowa regulacja wynika z konieczności jednoznacznego uregulowania kwestii pokrywania kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia) w przypadku, gdy powodem udzielenia świadczenia jest wyrządzenie poszkodowanemu przez sprawcę szkody w rozumieniu art. 415 Kodeksu Cywilnego (popelnienie deliktu – czynu niedozwolonego).

Zasady odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych (zwanej również odpowiedzialnością deliktową) zostały unormowane przepisami Tytułu VI Kodeksu Cywilnego (KC). Podstawową zasadą tej odpowiedzialności jest zobowiązanie podmiotu odpowiedzialnego za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym do jej naprawienia.

Szkodą jest uszczerbek w dobrach prawnie chronionych osoby poszkodowanej – najczęściej szkoda ma charakter majątkowy, może jednak również mieć charakter niemajątkowy. Kodeks Cywilny statuuje zasadę pełnego odszkodowania – zgodnie z art. 361 KC naprawienie szkody, w granicach normalnego związku przyczynowego, obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

W przypadku ww. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej szkoda będzie polegała na uszkodzeniu ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia. W tym zakresie, zgodnie z art. 444 par. 1 KC naprawienie szkody obejmuje wszystkie wyniki z tego powodu koszty, a na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeśli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszt przygotowania do innego zawodu.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej są: - powstanie szkody, - zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony) oraz związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą.

Odpowiedzialność deliktowa może, w zależności od odpowiednich postanowień KC, być oparta na trzech zasadach: winy, ryzyka i słuszności.

Podstawową funkcją tego rodzaju odpowiedzialności jest funkcja kompensacyjna. Rozwój różnych form ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej powoduje, że coraz większe znaczenie ma również funkcja gwarancyjno – repartycyjna.

W tym kontekście szczególne znaczenie ma ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. W polskim, systemie ubezpieczeń ten rodzaj ubezpieczenia jest ubezpieczeniem o charakterze obowiązkowym – tzn. każdy z posiadaczy pojazdu mechanicznego musi wykupić polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Ubezpieczenia majątkowe – którego rodzajem jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – zostały uregulowane przepisami art. 805 – 828 KC oraz przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 822 KC przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem, których odpowiedzialność ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia.

W tym zakresie obowiązuje również zasada pełnego odszkodowania – zgodnie z art. 34 ust. 1 ww ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie jeśli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są zobowiązani do odszkodowania za wyrządzoną, w związku z ruchem tego pojazdu, szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia.

Analiza wskazanych powyżej przepisów wskazuje, że zobowiązanym do naprawienia szkody jest jej sprawca, a w przypadku „szkody komunikacyjnej” zakład ubezpieczeń, który ubezpieczał ryzyko odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody.

Wskazana powyżej konieczność jednoznacznego uregulowania tych kwestii wynikała przede wszystkim z kwestionowania legitymacji czynnej Funduszu w tym zakresie poprzez kwestionowanie możliwości przyznania Funduszowi statusu

poszkodowanego (jako podmiotowi, który nie poniósł szkody „bezpośredniej” ale szkodę pośrednią”).

W szczególności należy mieć na uwadze uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2001 r. (sygn. akt III CZP 5/01, publ. OSNC 2001/11/161), zwaną dalej „uchwałą SN”, w którym Sąd odmówił kasie chorych oraz publicznemu samodzielnemu zespołowi opieki zdrowotnej w stosunku do sprawcy szkody roszczenia o zwrot poniesionych kosztów leczenia. Argumentami, na którymi oparł się Sąd był brak wyraźnego przepisu statuującego legitymację czynną do wytoczenia stosownego powództwa oraz brak w przepisie o źródłach dochodów zapisów, mówiących o dochodach z roszczeń odszkodowawczych. Zauważyć należy, że krytyczne glosy do tej uchwały (m.in. A. Szpunar, J. Widło) wywodziły prawo, działających wówczas, kas chorych oraz świadczeniodawców do dochodzenia roszczeń regresowych od sprawców szkody z ogólnych, przyjętych na gruncie KC zasad odpowiedzialności deliktowej.

W tym zakresie należy przedstawić kilka uwag o charakterze ogólnym dotyczącym związku odpowiedzialności płatników publicznych z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z odpowiedzialnością sprawcy (zakładu ubezpieczeń) z tytułu czynów niedozwolonych.

Ubezpieczenie zdrowotne jest klasycznym przykładem ubezpieczenia publicznego i niekomercyjnego, tzn. ubezpieczenia obowiązkowego, dystrybuowanego na mocy prawa i realizowanego przez państwową jednostkę organizacyjną.

W tym kontekście elementem wspólnym ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia OC jest ich obowiązkowy charakter. Natomiast w odróżnieniu od ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczenie OC jest ubezpieczeniem komercyjnym czyli oferowanym na rynku (niezależnie od stopniowego rozwoju rynku prywatnych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych).

Ubezpieczenie zdrowotne jest przykładem ubezpieczenia osobowego – tzn. jego przedmiotem jest interes ubezpieczeniowy osoby związanej z utratą przez nią zdrowia.

Natomiast ubezpieczenie OC jest przykładem ubezpieczenia majątkowego dotyczącego praw i obowiązków – tzn. jego przedmiotem jest interes ubezpieczeniowy związany ze zobowiązaniami majątkowymi wynikającymi z wyrządzonej osobie trzeciej szkody.

Jeżeli w związku z zaistnieniem zdarzeń powodujących powstanie, w ww. warunkach szkody, zachodzi potrzeba udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, które generują określone koszty i prowadzą w konsekwencji do uszczerplenia środków podmiotu zobowiązanego do sfinansowania świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów prawnych, uznać należy, iż podmiot ten ponosi w rezultacie szkodę majątkową.

Jak podkreślił Sąd Najwyższy w ww. uchwale, szkoda majątkowa (w odróżnieniu od szkody na mieniu) dotyczy osoby poszkodowanego, zdrowia i życia, a także odbija się na prawach majątkowych w postaci wydatków na leczenie. Jeżeli zatem wydatki na leczenie przejmuje podmiot zobowiązany z mocy odrębnych przepisów, należy go uznać za poszkodowanego.

W strukturze stosunku zobowiązaniowego, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (np. Narodowy Fundusz Zdrowia czy Minister Zdrowia) funkcjonuje w podwójnej roli – jako zobowiązany względem osoby poszkodowanej oraz jako poszkodowany (uprawniony) względem osoby odpowiedzialnej za wyrządzoną szkodę.

Zdarzenie, które powoduje konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej uruchamia dwa reżimy odpowiedzialności. Jeżeli konieczność ta jest konsekwencją deliktu, to osoba odpowiedzialna z czynu niedozwolonego jest zobowiązana pokryć szkodę. Odpowiedzialność podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (np. Narodowego Funduszu Zdrowia) w stosunku do osoby poszkodowanej oparta jest na innych podstawach, znajdujących swe źródło w prawie publicznym. Odpowiedzialność ta nie wymaga zatem dowodzenia ww. przesłanek, od których zależy odpowiedzialność cywilnoprawna (takich jak: szkoda, związek przyczynowy, wina lub ryzyko).

Po stronie zobowiązanej do naprawienia szkody, zachodzi zatem odpowiedzialność solidarna, zarówno sprawcy szkody jak i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (np. Funduszu). Jak podkreśla się w orzecznictwie i w doktrynie, w obu powyższych przypadkach, ma się do czynienia z dwoma różnymi reżimami odpowiedzialności odszkodowawczej. Jak wskazał Sąd Najwyższy w ww. uchwale (którego rozważania dotyczyły jeszcze kas chorych), zobowiązania kasy chorych, świadczeniodawcy oraz sprawcy szkody nie są równorzędne. Poszkodowanemu przysługuje roszczenie do kasy chorych (obecnie Funduszu) o zapewnienie świadczeń zdrowotnych (o zawarciu umowy o świadczenia zdrowotne

ze świadczeniodawcami), do świadczeniodawcy o wykonanie świadczeń zdrowotnych, a do sprawcy np. pobicia (deliktu) – o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych, i to do każdego z nich na różnych podstawach prawnych. (...). Roszczenia te dotyczą naprawienia tej samej szkody. Spełnienie więc przez NFZ i świadczeniodawcę wskazanych świadczeń zdrowotnych skutkuje zgaśnięciem, w tym zakresie, podstawowego stosunku prawnego. NFZ i świadczeniodawca, spełniając świadczenie zdrowotne, nie działają z zamiarem zaspokojenia wierzytelności przysługującej poszkodowanemu przeciwko sprawcy szkody, lecz wykonują jedynie własne świadczenia, za które są odpowiedzialni bezpośrednio przed poszkodowanym (*ex lege*).

Solidarna odpowiedzialność *ex lege*, wynikająca z art. 441 § 1 k.c. dotyczy wprost tylko sytuacji, gdy źródłem odpowiedzialności każdego z dłużników jest czyn niedozwolony. Jeśli obowiązek naprawienia tej samej szkody ciąży na kilku osobach, ale w ramach różnych reżimów odpowiedzialności, relację między zobowiązanymi należy uznać za solidarność niewłaściwą (*Adam Szpunar, Przegląd Sądowy 2002/5/165*). W sytuacji zatem, jeżeli podmiot odpowiedzialny za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (np. Fundusz) finansuje te świadczenia osobie poszkodowanej, a odpowiedzialność za szkodę spoczywa na sprawcy szkody, należy wnioskować, iż taka konfiguracja prowadzi do konieczności dochodzenia roszczeń regresowych przez ten podmiot. Zadania, jakie nakładają ustawy na ten podmiot (w zakresie zabezpieczenia finansowania kosztów świadczeń) nie mogą bowiem wyłączać odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody.

W związku z powyższym, uznać należy, iż temu podmiotowi, w zakresie, w jakim pokrył szkodę lub jest zobowiązany do jej pokrycia, przysługuje względem sprawcy szkody, roszczenie regresowe. W kodeksie cywilnym roszczenie regresowe powoływane jest wyłącznie w przepisach dotyczących odpowiedzialności solidarnej (art. 376, 441 k.c.). W ten sposób zostało ono immanentnie związane z istotą solidarności. Jak wskazuje Sąd Najwyższy w ww. orzeczeniu, za przyznaniem roszczenia regresowego osobie która spełniła świadczenie, a nie była sprawcą szkody, przemawia poczucie sprawiedliwości. Sprawca szkody nie powinien być zwolniony od odpowiedzialności, tylko dlatego, że poszkodowany uzyskał już świadczenie od osoby trzeciej. Powyższe założenie stanowiło w głównej mierze *ratio legis* wprowadzanych w niniejszym projekcie uregulowań prawnych. Podobne stanowisko zajmuje również doktryna, która podkreśla, iż istnienie kas chorych

(obecnie NFZ) nie powoduje przejścia przez nie odpowiedzialności za sprawców szkód na osobie w zakresie, w jakim pokryły one koszty leczenia. Nie powoduje też wyłączenia odpowiedzialności sprawców szkód (*tak J. Widło, glosa do uchwały SN,*).

Mając na uwadze powyższe należy również zauważyć, że sytuacja, w której podmiot odpowiedzialny za wyrządzenie szkody nie naprawia (do czego jest zobowiązany na gruncie przepisów KC) wyrządzonej szkody powoduje w istocie bezpodstawne wzbogacenie po stronie tego podmiotu czyli - zgodnie bowiem z art. 405 KC - uzyskanie bez podstawy prawnej korzyści majątkowej kosztem innej osoby. Korzyścią majątkową jest brak wypłaty odszkodowania w przypadku ponoszenia odpowiedzialności deliktowej – *sprawca szkody otrzyma bowiem przysporzenie bez podstawy prawnej – w postaci zwolnienia od obowiązku zapłaty odszkodowania za szkodę, za którą jest odpowiedzialny wobec poszkodowanego* (tak: J. Widło, Glosa do uchwały SN). Konsekwencją takiego stanu jest pokrywanie przez płatników publicznych (czyli osoby ubezpieczone oraz podatników) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej do pokrycia których zobowiązani są sprawcy czynów niedozwolonych (zakłady ubezpieczeń). Jak bowiem wynika z informacji uzyskanych z Polskiej Izby Ubezpieczeń zakłady ubezpieczeń nie pokrywają kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach systemu publicznego – jak wskazano powyżej działania takie nie mogą być uznane za znajdujące oparcie w przepisach prawa.

W tym miejscu należy podkreślić, iż przyjęcie proponowanego rozwiązania nie tylko uzasadnione jest względami natury prawnej, orzecnictwem Sądu Najwyższego oraz poglądami doktryny, które podkreślają, iż brak jest racjonalnego uzasadnienia dla wyłączenia możliwości dochodzenia przez publicznego płatnika roszczeń regresowych od osób odpowiedzialnych za szkodę. Sąd Najwyższy bowiem w cytowanej powyżej uchwale podkreślił, iż *„za przyznaniem roszczenia regresowego osobie, która spełniła świadczenie, a nie była sprawcą szkody, przemawia poczucie sprawiedliwości (art. 441 § 3 k.c.). Sprawca szkody nie powinien być zwolniony od odpowiedzialności tylko dlatego, że poszkodowany uzyskał już odszkodowanie od osoby trzeciej. W przeciwnym razie nastąpiłoby bezpodstawne wzbogacenie sprawcy, polegające na zwolnieniu go od konieczności wydatku, w tym zakresie wyłączona jest bowiem kumulacja świadczeń. Poszkodowany może uzyskać tylko jedno odszkodowanie, chociaż przysługuje mu ono z dwóch tytułów prawnych.”*

W związku z powyższym, przyjęć należy, iż względy aksjologiczne oraz społeczne w żaden sposób nie uzasadniają stanowiska aby wymierna szkoda majątkowa Narodowego Funduszu Zdrowia nie była kompensowana przez osobę za nią odpowiedzialną.

Proponowane zapisy będą dotyczyły świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), zwaną dalej również „ustawą o świadczeniach”. W szczególności zaś proponowane zmiany nie będą dotyczyły tych świadczeń opieki zdrowotnej, które na gruncie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym zostały zakwalifikowane do medycznych czynności ratunkowych (art. 3 pkt 4 ustawy) i są finansowane z budżetu państwa (art. 46 ust.1 ustawy).

Mając na uwadze fakt, że świadczenia opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) finansowane są z budżetu państwa (art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach) oraz aby uniknąć sytuacji, w której za te same świadczenia Fundusz otrzymuje podwójne wynagrodzenie (tj. zarówno budżetu państwa jak i od zakładów ubezpieczeń) w art. 1 pkt 2 proponuje się zmianę art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach w taki sposób, aby jednoznacznie wyłączyć finansowanie przez budżet państwa świadczeń sfinansowanych przez zakłady ubezpieczeń (tak więc budżet państwa będzie przekazywał Funduszowi środki na świadczenia dla tej kategorii osób w wysokości pomniejszonej o środki przekazane z ww. tytułu przez zakłady ubezpieczeń).

Dokonując szczegółowej analizy zasadności projektowanych zapisów, a także mając na względzie wskazówki Sądu Najwyższego, przedmiotowa ustawa wprowadza dwa zasadnicze rozwiązania:

- 1) w art. 14a ust. 1 wprowadza się – jako zasadę - uprawnienie dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, jeżeli szkoda wyrządzona przez sprawcę skutkuje koniecznością udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez ten podmiot. Proponowane rozwiązanie w znacznej mierze opiera się na konstrukcji prawnej przewidzianej w art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca

1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Warunkiem skorzystania przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uprawnienia do dochodzenia roszczeń regresowych będzie ustalenie, że osoba odpowiadająca za szkodę wyrządziła ją w związku z popełnieniem umyślnie przestępstwa lub wykroczenia.

2) w art. 14 ust. 2 wyłącza się dochodzenie przez Fundusz roszczeń odszkodowawczych w przypadku szkód spowodowanych ruchem pojazdów mechanicznych objętych obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej.

Zasadnicza rezygnacja z dochodzenia przez Fundusz roszczeń regresowych w przypadku „szkód komunikacyjnych” wynika z dwóch, ściśle ze sobą powiązanych faktów.

Po pierwsze ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest ubezpieczeniem o charakterze obowiązkowym – wprowadzenie obligatoryjnego charakteru tego ubezpieczenia wskazuje na uznanie przez ustawodawcę szczególnego charakteru ryzyka i szkód związanych z ruchem pojazdów mechanicznych.

Po drugie duża liczba świadczeń udzielanych przez Fundusz jest skutkiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wynikających z ruchu pojazdów mechanicznych.

Z raportu Case – Doradcy Sp. z o.o. („Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce; część I; Analiza”) wynika, że przyczyny zewnętrzne stanowią (po chorobach układu krążenia oraz nowotworach złośliwych) trzecią – co do znaczenia – grupę przyczyn zgonów (w 2001 r. było to 25 043 osoby). Wśród tych przyczyn największe znaczenie mają wypadki komunikacyjne – w 2005 r. zginęło 6295 osób co stanowi ponad 25% wszystkich zgonów z przyczyn zewnętrznych.

Natomiast z danych Komendy Głównej Policji wynika, że liczba rannych w wyniku wypadków samochodowych kształtuje się na poziomie ok. 60 000.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że istnieją obiektywne kryteria pozwalające na wyodrębnienie takiej grupy kosztów wynikających z czynów niedozwolonych, które będą pokrywane w systemie ryczałtowym a nie regresowym. Podstawowym celem takiego wyodrębnienia, mając na uwadze wskazane powyżej dane dotyczące liczby ofiar wypadków komunikacyjnych, jest wysokość kosztów transakcyjnych, które płatnicy publiczni musieliby ponosić w przypadku konieczności

prowadzenia nawet kilkudziesięciu tysięcy spraw sądowych. W szczególności należy mieć tu na uwadze koszty obsługi prawnej oraz długotrwałe postępowanie sądowe. Należy również podkreślić, że wprowadzane rozwiązanie w żadnym stopniu nie dotyczy zakresu odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń – zawiera ono jedynie techniczne rozwiązanie, uzasadnione wskazanymi powyżej przyczynami, w zakresie kompensaty przez zakłady ubezpieczeń kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z „deliktów komunikacyjnych”.

Rozwiązanie w takiej postaci stosowane jest w wielu krajach europejskich. Wnioski takie można wyciągnąć na podstawie opracowania sporządzonego przez Comité Européen des assurances pt. „*Compensation for bodily injury In Europe; comparative study; the main principles of compensation data*” (CEA/AREDOC; December 2004/Version 2).

Jak podkreślają autorzy tego opracowania występują duże trudności w porównywaniu rozwiązań w tym zakresie głównie z powodu różnorodności systemów ochrony zdrowia w krajach UE (albowiem zgodnie z prawem europejskim organizacja systemów ochrony zdrowia należy do kompetencji państw członkowskich, a reguły prawa europejskiego UE zawierają jedynie normy o charakterze koordynującym i kolizyjnym). Tym niemniej z powołanego opracowania wynikają następujące wnioski:

Niektóre kraje ustanowiły systemy oparte o dokonywanie uprzednich potrąceń (*a priori deduction*) ze składek płaconych na ubezpieczenia OC, przy czym wielkość potrąceń ustalana jest albo w oparciu o wskaźnik procentowy (tak: BE – 18% ; DK - 50%; FR – 15%; - bez utraty przez instytucje publicznego płatnika prawa do dochodzenia dodatkowych kosztów na drodze sądowej) albo w oparciu o ustaloną kwotę pieniężną (*global or fixed sum*) (tak: FI – 330 M FIM; NO: 200 NOK).

We Włoszech składki płacone z tytułu ubezpieczenia OC obłożone są 10,5% podatkiem a uzyskana w ten sposób kwota trafia do płatników publicznych.

W inne krajach zakładu ubezpieczeń nie są zaangażowane w bezpośrednie finansowanie systemów publicznych co nie wyłącza prawa płatników publicznych do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej (np. CH, DE, ES, GB, GR, NL, SE).

System dochodzenia roszczeń oparty jest albo na zasadzie z góry ustalonych kosztów (*fixed basis*) albo kosztów rzeczywiście ponoszonych (*real cost basis*).

W tym zakresie są również stosowane różne rozwiązania – np. w Niemczech umowy zawarte przez kasy chorych z zakładami ubezpieczeń przewidują ok. 50% udział

zakładów w pokrywaniu kosztów świadczeń zdrowotnych a we Francji pomiędzy zakładami ubezpieczeń i publicznymi płatnikami zawierane są porozumienia, co do zapłaty przez zakłady płatnikom z góry ustalonej kwoty pieniężnej.

Zaznaczyć należy, że podane powyżej przykłady rozwiązań mają charakter wyłącznie orientacyjny, głównie ze względu na dużą liczbę innych szczegółowych rozwiązań w tym zakresie.

Należy jednakże podkreślić, iż wyłączenie możliwości dochodzenia roszczeń regresowych w przypadku wypadków i kolizji komunikacyjnych (a zatem w przypadku zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych) nie będzie miało miejsca w przypadku gdy konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej wynika z ruchu tych pojazdów, jednakże nie zachodzą przesłanki uzasadniające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – czyli w sytuacjach gdy sprawcami kolizji i wypadków są np. rowerzyści czy piesi. W takiej sytuacji projektowany art. 14a ust. 3, daje Funduszowi uprawnienie do dochodzenia tych roszczeń na drodze sądowej. Proponowany zapis jest zatem również wyjątkiem od zasady określonej w art. 14a ust. 1.

Wprowadzenie możliwości dochodzenia w tym przypadku roszczeń regresowych przez Fundusz uzasadnione jest tym, iż opłata, która będzie odprowadzana na rzecz Funduszu powinna mieć charakter kompensacyjny, tzn. zakłady ubezpieczeń powinny ją ponosić w takim zakresie, w jakim w istocie odpowiedzialne są za szkodę związaną z ruchem pojazdów mechanicznych. Nie ma, zatem racjonalnego uzasadnienia dla tego, aby ze środków przekazanych Funduszowi w ramach ww. opłaty leczyć ofiary wypadków, które były spowodowane przez innych niż kierowców sprawców wypadków np. pieszych, pasażerów czy rowerzystów, a zatem osób, które nie muszą posiadać obowiązkowego ubezpieczenia OC. Od takich osób Narodowy Fundusz Zdrowia będzie uprawniony dochodzić roszczeń regresowych.

Proponowany zapis odpowiada poczuciu sprawiedliwości i gwarantuje, że w istocie to co NFZ uzyska tytułem opłaty, w całości będzie przeznaczane na leczenie ofiar wypadków, których skutki objęte są polisą OC.

Przyjęcie odmiennego rozwiązania, zakładającego, że opłata przekazywana przez zakłady pokrywałaby koszty leczenia wszystkich ofiar wypadków (a zatem również tych, gdzie odpowiedzialności nie ponosi zakład ubezpieczeń), powodowałaby, że posiadacze pojazdów mechanicznych płaciliby za leczenie osób, którym szkodę

wyrządziły osoby nie mające ustawowego obowiązku posiadania polisy OC. Takie rozwiązanie klóciłoby się zarówno z poczuciem sprawiedliwości, jak i z zasadą solidaryzmu, która leży u podstaw systemów ubezpieczeniowych. W tym przypadku nie będzie konieczności pierwotnego ustalenia winy umyślnej za popełnienie przestępstwa lub wykroczenie. Analiza wypadków i kolizji drogowych prowadzi bowiem do przekonania, iż większość wypadków lub kolizji kończy się zastosowaniem przez policję mandatu karnego. Ustalenie takiej okoliczności, w oparciu o dane, które Fundusz będzie otrzymywał od Policji na podstawie art. 131a ust. 4, pozwoli Funduszowi na sukcesywne i skuteczne dochodzenie roszczeń odszkodowawczych, na drodze sądowej w postępowaniu cywilnym. Wyodrębnienie sprawców wypadków, innych niż kierowcy, spod reżimu art. 14a ust. 1 uzasadnione jest także tym, iż przestępstwo z art. 177 kodeksu karnego może być popełnione wyłącznie z winy nieumyślnej, co automatycznie eliminowałoby możliwość dochodzenia roszczeń z art. 14a ust. 1, gdzie wymagana jest wina umyślna. Rezygnacja z przepisu art. 14a ust. 3 powodowałaby zatem praktycznie niemożliwość dochodzenia roszczeń regresowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia od sprawców wypadków (będących np. rowerzystami lub pieszymi), albowiem podstawą dochodzenia tych roszczeń byłby przepis art. 14a ust. 1, wymagający aby sprawca wypadku został skazany za przestępstwo umyślne. Klóci się to z zasadą odpowiedzialności na podstawie art. 177 kodeksu karnego, albowiem prawomocny wyrok skazujący w zakresie wypadku komunikacyjnego może wyłącznie dotyczyć winy nieumyślnej. W konsekwencji, pominięcie regulacji z art. 14a ust. 3 prowadziłoby do „bezkarności” ww. sprawców wypadków komunikacyjnych w zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej, co w żadnym razie nie znajduje racjonalnego uzasadnienia. Sprawcy wypadków, którzy posiadają OC (kierowcy) ponosiliby wówczas odpowiedzialność pośrednią, związaną z odprowadzaną na rzecz NFZ opłatą, natomiast sprawcy wypadków, którzy nie mają obowiązku posiadania polisy OC (np. rowerzyści czy piesi), byłiby wówczas zwolnieni od odpowiedzialności odszkodowawczej. Takie rozwiązanie pozostawałoby w rażącej sprzeczności z konstytucyjną zasadą sprawiedliwości społecznej oraz równości podmiotów wobec prawa.

Jednocześnie w art. 14a ust. 4 wyłącza się możliwość skorzystania przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uprawnień do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, o których mowa w art. 14a ust. 1 i 3, w

stosunku do sprawców szkód, w zakresie w jakim świadczenia opieki zdrowotnej zostały w istocie udzielone tym sprawcom. Jednoznaczne wyłączenie takiego uprawnienia wynika z faktu, iż w takich przypadkach nie można mówić o odpowiedzialności ze stosunku cywilnoprawnego, albowiem podmiot wyposażony w te uprawnienia w tym przypadku występuje jako zobowiązany na podstawie odrębnych przepisów do pokrycia kosztów. Wprowadzenie przepisu umożliwiającego dochodzenie takich roszczeń powodowałoby, że w danym przypadku w tej samej relacji między płatnikiem świadczeń a uprawnionym do tych świadczeń zbiegałaby się odpowiedzialność na gruncie prawa publicznego (m.in. uregulowana ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) z odpowiedzialnością na gruncie prawa prywatnego (uregulowaną m.in. w przepisach kodeksu cywilnego), co czyniłoby system odpowiedzialności za szkodę niespójnym. Należy jednocześnie wskazać, iż przepis art. 14a ust. 2 nie będzie miał zastosowania w stosunku do ruchu pojazdów wolnobieżnych będących w posiadaniu rolników posiadających gospodarstwo rolne i użytkowanych w związku z posiadaniem tego gospodarstwa. Wynika to z faktu, że w przypadku objęcia tym rozwiązaniem również odpowiedzialności rolników z tytułu szkód wyrządzonych przez posiadanych przez nich pojazdów wolnobieżnych i zakładając posiadanie przez rolnika również pojazdu mechanicznego grupa ta zostałaby w istocie obciążona podwójnym obowiązkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast przyznane w art. 14a ust.1 prawo regresu umożliwi płatnikom publicznym np. dochodzenie roszczeń od sprawców wypadków komunikacyjnych będących cudzoziemcami. W obecnym stanie faktycznym koszty świadczeń udzielonych na skutek wypadków komunikacyjnych spowodowanych przez cudzoziemców pokrywane są przez ubezpieczonych i podatników objętych polskim systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy również podkreślić, że proponowane rozwiązania nie zmieniają, zarówno od strony uprawnień jak i pozycji procesowej, sytuacji osoby poszkodowanej.

W szczególności nie pozbawiają one osób poszkodowanych prawa do dochodzenia odpowiednich (wskazanych w przepisach KC) świadczeń od zakładów ubezpieczeń. Poszkodowany, podobnie jak ma to miejsce obecnie, będzie mógł skorzystać albo ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia

zdrowotnego albo wystąpić do zakładu ubezpieczeń np. o pokrycie kosztów świadczeń udzielonych poza systemem publicznym.

W związku z projektowanymi rozwiązaniami dokonuje się zmiany w art. 116 i 117 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie do katalogu źródeł przychodów dodaje się środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (w odniesieniu do osób, które nie wykupiły polis ubezpieczenia OC), natomiast do katalogu kosztów – odpowiednio koszty ww. świadczeń.

Zmiana projektowana do art. 118 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy uzasadniona jest koniecznością uwzględnienia w planie finansowym centrali Funduszu rezerwy na koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych. Wysokość tej rezerwy będzie odpowiadała wysokości planowanych przychodów Funduszu od zakładów ubezpieczeń.

Wyodrębnienie tych środków związane jest przede wszystkim z koniecznością zapewnienia, iż środki uzyskane od zakładów ubezpieczeń zostaną przeznaczony wyłącznie na pokrycie kosztów świadczeń związanych z wypadkami komunikacyjnymi. W tym miejscu należy wskazać, iż równolegle procesowany projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (skierowany w dniu 3 listopada 2006 r. na Radę Ministrów) również zakłada zmianę w art. 118 ust. 2 poprzez uwzględnienie w planie finansowym Funduszu rezerwy na bieżące korygowanie skutków migracji. Powyższy projekt oraz niniejszy projekt również zakładają wyszczególnienie w planie finansowym Funduszu kosztów finansowania działalności centrali oraz rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji. W przypadku wejścia w życie przepisów projektowanych w ww. nowelizacji, niezbędne stanie się dostosowanie przepisów niniejszego projektu do ww. zapisów.

Również zmiany w art. 124 i w art. 129 ww. ustawy mają przede wszystkim na celu zapewnienie, iż środki uzyskane przez NFZ od zakładów ubezpieczeń zostałyby wykorzystane wyłącznie na świadczenia opieki zdrowotnej związane z wypadkami komunikacyjnymi. Gdyby koszty świadczeń związane z wypadkami w danym roku obrotowym okazały się niższe niż zaplanowana rezerwa, różnica powiększyłaby odpowiednią rezerwę w roku następnym – oznacza to również, że środki te nie mogłyby zostać wykorzystane na powiększenie planu kosztów świadczeń

zdrowotnych w trybie określonym w art. 129 ust. 3 i 5. Natomiast gdyby koszty świadczeń związane z wypadkami w danym roku obrotowym okazały się wyższe niż zaplanowana rezerwa, różnica byłaby pokryta z rezerwy ogólnej Funduszu.

Należy ponadto wskazać, iż przyjęte w projekcie rozwiązania prawne są ujednocnione z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która została już ogłoszona, a której przepisy wejdą w życie 1 stycznia 2007 r., a zatem przed wejściem w życie niniejszej ustawy.

Ponadto, należy wskazać, że wyodrębnienie wyżej omawianych środków w planie finansowym centrali Funduszu związane jest z faktem, że na etapie tworzenia planu finansowego Funduszu nie byłoby możliwości podziału tych środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu. W trakcie wykonywania planu finansowego środki będą przekazywane oddziałom wojewódzkim Funduszu odpowiednio do poniesionych na terenach tych oddziałów kosztów, zgodnie z przepisem art. 124 ust. 7 ww. ustawy.

Pozostałe zmiany w art. 124 mają na celu uelastycznienie procesu zmiany planu finansowego Funduszu jak również doprecyzowanie trybu zmiany planu finansowego. Pozwoli to na skuteczniejsze zarządzanie gospodarką finansową Funduszu, w tym również przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, dostosowując plan finansowy Funduszu do rzeczywistych potrzeb wynikających z konieczności zabezpieczenia świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast reszta zmian w art. 129 ma na celu doprecyzowanie trybu postępowania związanego z podziałem zysku netto Funduszu za dany rok obrotowy, jak również umożliwiają przeznaczenie środków „niewykorzystanych” w roku poprzednim na świadczenia opieki zdrowotnej w roku następnym.

Należy również podkreślić, iż opracowywana równolegle druga nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, także przewiduje zmiany w zakresie art. 124 i 129. Proponowana we wcześniejszej nowelizacji, zmiana art. 124 ma na celu uelastycznienie procesu zmiany planu finansowego Funduszu jak również doprecyzowania trybu zmiany planu finansowego, gdzie rozszerza się zakres zmian w planie, które mogłyby być dokonywane w trybie uproszczonym. Zmiany przepisów art. 124, recypowane do niniejszego projektu uwzględniają zmiany zaproponowane w przepisach poprzedniej nowelizacji, co implikuje również konieczność skorelowania treści tego przepisu, przy uwzględnieniu dalszych wyników prac legislacyjnych nad oboma projektami.

Podobnie, w poprzedniej nowelizacji dokonuje się zmiany w art. 129, która ma na celu danie możliwości zmiany planu finansowego Funduszu, zgodnie z którą możliwe byłoby przekazywanie dodatkowych środków na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższy przepis również zostanie skorelowany z treścią niniejszego projektu na etapie dalszych prac legislacyjnych.

Wysokość środków przekazywanych przez zakłady ubezpieczeń oraz UFG do Funduszu, na podstawie projektowanych art. 43a oraz art. 119a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, będzie zależała od wysokości składek z tytułu umów OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika określanego na podstawie projektowanego art. 131a ww. ustawy. Wskaźnik ten będzie obliczany przy uwzględnieniu wymiernych i obiektywnych wskaźników, czyli jako iloraz wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych, wysokości przypisu składek brutto, z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wysokości wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, prognozowanych na rok następny. Wysokość wskaźnika będzie określana corocznie i będzie dotyczyła roku następnego.

Z jednej strony bowiem, będzie brana pod uwagę prognozowana na dany rok wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych oparta o wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych wynikających z dokumentów sprawozdawczych świadczeniodawców za poprzedni okres rozliczeniowy. Te świadczenia opieki zdrowotnej zdefiniowane są w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 5 pkt 34 ustawy). Natomiast szczegółowy katalog świadczeń (produktów) kontraktowanych i finansowanych przez Fundusz jest określany w wydawanych corocznie przez Prezesa Funduszu, na podstawie art. 146 ustawy o świadczeniach, materiałach informacyjnych – zgodnie z art. 146 Prezes Funduszu określa: - przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej, - kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.

Z drugiej strony natomiast będzie brana pod uwagę prognozowana wysokość składek z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a dane w tym zakresie będą przekazywane przez Komisję Nadzoru Finansowego.

Taki sposób ustalania wskaźnika gwarantuje obiektywizm i weryfikowalność danych wykorzystywanych przy jego tworzeniu.

W celu zapewnienia prawidłowej sprawozdawczości, projektowany przepis art. 131 ust. 4 umożliwia przekazywanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez Policję informacji dotyczących osób poszkodowanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych. W przypadkach, kiedy będzie to konieczne Fundusz, na podstawie art. 131a ust. 5 będzie mógł się zwrócić na tych samych zasadach o udzielenie przedmiotowej informacji do sądu, innego organu prowadzącego postępowanie w sprawie wypadku drogowego lub do Krajowego Rejestru Karnego. Powyższy przepis nie nakłada nowego obowiązku na sądy, które obecnie udostępniają odpłatnie wyciągi z akt spraw sądowych, na zasadach określonych w przepisach postępowania karnego, cywilnego oraz w przepisach regulujących wewnętrzne urzędowanie sądów powszechnych. Proponowany przepis art. 131a ust. 5 wyposaża wyłącznie Narodowy Fundusz Zdrowia w nowe uprawnienie, które będzie mógł realizować, jeśli dane gromadzone przez policję w ocenie Funduszu będą niewystarczające do realizowania ustawowych zadań. Dane powyższe będą przekazywane na wniosek Funduszu, a zatem wówczas, gdy Fundusz będzie o nie występował, nie częściej jednak niż co miesiąc. Projekt nie określa formy przekazywanych informacji. Będzie to zatem możliwe np. w formie elektronicznej, drogą mailową. Taka forma nie generuje żadnych istotnych kosztów. W przypadku jednakże ustalenia innej formy, generującej koszty, pokrywać je będzie Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do momentu określenia ww. wskaźnika na podstawie ww. art. 131a, będzie obowiązywał wskaźnik określony w art. 4 projektu na poziomie 0,12. Taka wysokość wskaźnika została ustalona przy uwzględnieniu szacunków dokonywanych zarówno przez Polską Izbę ubezpieczeń, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia wraz z Ministerstwem Zdrowia. W szacunkach tych brano pod uwagę m.in.:

- wysokość składek z tytułu umów OC posiadaczy pojazdów mechanicznych prognozowaną na rok 2007,
- liczbę osób rannych w wypadkach komunikacyjnych oraz istniejący trend w tym zakresie,
- wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z wypadkami komunikacyjnymi prognozowanych na rok 2007 przy uwzględnieniu m.in. szacunku obecnie ponoszonych przez świadczeniodawców kosztów w tym zakresie jak również planowanego wzrostu kosztów w całej opiece zdrowotnej w roku 2007.

Należy zwrócić uwagę, że do czasu wprowadzenia przedmiotowych przepisów nie ma w skali całego kraju dokładnej sprawozdawczości dot. ww. kosztów. Jedynie po wejściu w życie przedmiotowej ustawy i implementacji odpowiedniej sprawozdawczości możliwe będzie obliczenie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez Fundusz w przedmiotowym zakresie.

W związku z powyższym, w roku 2007 uzasadnione jest wprowadzenie przejściowego trybu rozliczania powyższych kosztów pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami. W roku 2007, niezależnie od środków finansowych określonych umową świadczeniodawca otrzyma dodatkowo środki finansowe z utworzonej przez Fundusz rezerwy na pokrycie kosztów ww. świadczeń. Wysokość tych środków będzie zależała od: wysokości tej rezerwy, wysokości kosztów ww. świadczeń opieki zdrowotnej poniesionych przez świadczeniodawcę oraz łącznej wysokości tych kosztów poniesionych przez świadczeniodawców. Świadczeniodawcy będą zobowiązani do sprawozdawania ww. kosztów w sposób umożliwiający ich dokładną identyfikację, czyli z użyciem klasyfikacji ICD-10.

Reasumując, gdyby wysokość rezerwy przeznaczonej w danym okresie rozliczeniowym na pokrycie ww. kosztów była mniejsza od odpowiednich kosztów wykazanych przez świadczeniodawców w dokumentach sprawozdawczych, wysokość środków przekazywanych dodatkowo świadczeniodawcy uległaby proporcjonalnemu obniżeniu w stosunku do wysokości wykazanych kosztów.

Ponadto zmiany wprowadzone w art. 136 ustawy o świadczeniach dodatkowo zapewniają, że utworzona rezerwa zostanie spożytkowana na leczenie ofiar „deliktów komunikacyjnych” poprzez wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym koszty ponoszone przez świadczeniodawcę z tego tytułu nie będą objęte kwotą ogólnego

zobowiązania wynikającego z umowy. Środki te będą przekazywane świadczeniodawcy niezależnie od ustalonego limitu zobowiązania. Należy przy tym zauważyć, że uzyskanie przez świadczeniodawcę dodatkowych środków – poza limitem określonym umową – pozwoli na zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, co przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń.

W swym założeniu projektowane przepisy nie niosą za sobą dolegliwości dla osób obecnie opłacających składki. W związku z wejściem w życie projektowanych przepisów nie powinna zatem wzrosnąć składka na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.) wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń.

Jednocześnie, zgodnie z art. 8 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.) zakład ubezpieczeń przedstawia organowi nadzoru informacje o taryfach składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe, a informacja ta powinna zawierać w szczególności analizę szkodowości oraz kosztów obsługi ubezpieczenia uzasadniającą każdorazowo zmiany w taryfie.

W związku z tym należy stwierdzić, że proponowane rozwiązania nie oddziałują na żaden z ww. czynników decydujących o wymiarze składki i w związku z tym nie mogą stanowić dla zakładów ubezpieczeń podstawy do automatycznego podniesienia składek.

Ewentualne podniesienie przez zakłady ubezpieczeń składek może natomiast wynikać z chęci skompensowania strat wynikających z konieczności przekazywania ww. ryczałtu. Ze względu na dużą konkurencję istniejącą na rynku ubezpieczeń kalkulacja ewentualnej wyżki składek nie jest możliwa. Można przyjąć, że ewentualna konieczność wprowadzenia wyżek oraz ich wysokość będą zależały każdorazowo od strategii przyjętej przez poszczególne zakłady.

Przedstawione rozwiązania nie powinny skutkować podniesieniem przez zakłady ubezpieczeń składek z tytułu polis obowiązkowego ubezpieczenia OC. W żadnym stopniu nie ulega bowiem zmianie zakres odpowiedzialności zakładów oraz nie zmieniają się czynniki powodujące wzrost szkodowości.

Ocena Skutków Regulacji (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zakłady ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny oraz podmioty ponoszące odpowiedzialność deliktową za wyrządzenie szkody polegającej na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został przesłany do konsultacji: Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Rzecznika Ubezpieczonych, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiej Izby Ubezpieczeń z prośbą o rozesłanie projektu do zakładów ubezpieczeń, które reprezentuje PIU. Ponadto projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, NSZZ "Solidarność", Związkowi Rzemiosła Polskiego, Business Center Club Organizacja Pracodawców, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położonych, Urzędowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, uniwersytetom, organizacjom reprezentującym pracowników ochrony Zdrowia, Stowarzyszeniu Pacjentów Primum Non Nocere, Komendzie Głównej Policji.

W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej.

W wyniku konsultacji społecznych, uwagi zostały zgłoszone m.in. przez Polską Izbę Ubezpieczeń, która kwestionowała wysokość opłaty oraz uregulowania zakładające naliczenie wyższej składki dla osób skazanych lub ukaranych za prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu. Z zapisów dotyczących karania wyższą składką osób skazanych lub ukaranych, ostatecznie zrezygnowano.

Rzecznik Ubezpieczonych wskazał, iż projektowane przepisy mogą spowodować wzrost składki na ubezpieczenie OC, co może mieć negatywne skutki społeczne.

Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka zwrócił ponadto uwagę na relację projektowanych zapisów do ogólnych uregulowań stanowiących o odpowiedzialności odszkodowawczej.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zwrócił uwagę, iż ewentualny wzrost składki spowoduje, iż wzrośnie liczba osób unikających wykupienia polis OC.

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych oraz Federacja Związków Zawodowych Pracodawców Ochrony Zdrowia – Porozumienie Zielonogórskie zwróciły uwagę na obejmowanie projektowanymi regulacjami wyłącznie posiadaczy pojazdów mechanicznych, pomijając inne kategorie osób, które także są zobowiązane ubezpieczyć się obowiązkowo.

Jednocześnie Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Resortu MSWiA, Rada Krajowa Federacji Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej oraz Naczelna Rada Lekarska uznały zasady wyrażone w projektowanych przepisach za słuszne i zasadne.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) - został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej wraz z uwagami zgłoszonymi w trakcie uzgodnień zewnętrznych. W trakcie prac nad projektem żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania uczestnictwem w pracach nad tym projektem w trybie określonym w art. 7 ww. ustawy.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą miały wpływu na dochody i wydatki jednostek samorządu terytorialnego.

Proponowane regulacje spowodują zwiększenie dochodów sektora publicznego – będzie to jednak wynikało z przywrócenia zasady odpowiedzialności sprawcy (zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym. Tak więc zwiększenie dochodów sektora publicznego będzie wynikiem kompensacji przez sprawców deliktów (zakłady ubezpieczeń) kosztów ponoszonych dotychczas przez płatników publicznych.

Ponieważ podmioty ponoszące odpowiedzialność deliktową rozpoczną pokrywanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, ponoszonych dotychczas przez płatników publicznych z tytułu wyrządzonych przez nie szkód, zostaną uwolnione w ten sposób

dotatkowe środki. Środki te Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł przeznaczyć na finansowanie pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej, co zwiększy dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast środki odzyskane w ten sposób przez pozostałych płatników zwiększą dochodu budżetu państwa.

Biorąc pod uwagę prognozowaną na rok 2007 wysokość środków z tytułu umów OC (ok. 5,35 mld zł), wskaźnik 0,12, termin wejścia w życie ustawy (1 kwietnia 2007 r.) oraz przy założeniu równomiernego rozkładu składki OC w poszczególnych kwartałach roku, wysokość przychodów Funduszu z ryczałtów przekazanych przez zakłady ubezpieczeń w roku 2007 wyniesie ok. 480 mln zł.

W związku z wprowadzeniem prawnych ram dla występowania przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia oraz budżet państwa) z roszczeniami odszkodowawczymi, zakłada się, iż mogą wzrosnąć dochody tych podmiotów. Oszacowanie tych dochodów jest jednakże niemożliwe, albowiem ich wysokość będzie zależała od skuteczności prowadzonych postępowań sądowych, wysokości wydatków na obsługę tych roszczeń itp.

W związku z powyższym zakłada się wzrost liczby osób zatrudnionych do obsługi administracyjno-prawnej podmiotów, dochodzących roszczeń odszkodowawczych. Należy jednakże mieć na uwadze fakt, iż realizacja tych roszczeń będzie uprawnieniem podmiotu, a zatem każdorazowo szacowana będzie opłacalność wystąpienia z określonymi roszczeniami. Z tych też względów trudno jest na chwilę obecną oszacować ewentualne koszty takiej obsługi. W każdym jednak przypadku wartość odzyskanych roszczeń powinna znacząco przekroczyć koszty obsługi administracyjno – prawnej.

Jednocześnie, proponowane rozwiązania – przekazywanie przez zakłady ubezpieczeń opłaty ryczałtowej – spowodują, że będzie ona stanowiła dla zakładów ubezpieczeń koszty uzyskania przychodu w rozumieniu art. 15 ust. 12 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz. U. z 2000 r., Nr 54, poz. 654, z późn. zm.). Może to wpłynąć na uszczuplenie dochodów budżetowych, jednak wskazanie ewentualnych skutków w tym zakresie nie jest możliwe. Można założyć, że maksymalny negatywny skutek dla budżetu państwa wyniesie ok. 90 mln zł., jednakże należy w tym zakresie wziąć pod uwagę inne czynniki wpływające na podwyższenie zysku zakładów, m.in. ewentualne podniesienie składek.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja może mieć wpływ na rynek pracy i może powodować wzrost zatrudnienia w podmiotach, które dochodzić będą roszczeń od sprawców szkód lub zakładów ubezpieczeń.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Rozpoczęcie pokrywania przez sprawców szkody kosztów leczenia spowoduje uwolnienie środków Funduszu, które dotychczas przeznaczane były na ten cel, co wpłynie na zwiększenie dostępności świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponieważ do świadczeniodawców przekazywana będzie większa ilość środków na świadczenia opieki zdrowotnej spowoduje to zwiększenie przychodów zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej proponowana regulacja będzie miała pozytywny wpływ na warunki życia ludności.

Jednocześnie, ponieważ proponowane rozwiązanie nie zwiększa zakresu ani zakresu odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń, ani poziomu szkodowości nie powinien nastąpić wzrost składek z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.